

Л. Ф. АБРОСИМОВА, Т. Ю. ЗАРЕЧНЕВА

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ПРАКТИКУМ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
Издание третье, стереотипное



ЛАНЬ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ • МОСКВА • КРАСНОДАР
2023

УДК 616-07
ББК 54.1я723

А 16 Абросимова Л. Ф. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум : учебное пособие для СПО / Л. Ф. Абросимова, Т. Ю. Заречнева. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 104 с. : ил. — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-507-46622-1

Практикум представляет собой учебное пособие для аудиторной самостоятельной работы студентов средних учебных заведений.

Пособие разработано в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело», углубленный уровень подготовки среднего профессионального образования.

УДК 616-07
ББК 54.1я723

Обложка
Ю. В. ГРИГОРЬЕВА

© Издательство «Лань», 2023
© Л. Ф. Абросимова,
Т. Ю. Заречнева, 2023
© Издательство «Лань»,
художественное оформление, 2023

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данная методическая тетрадь предназначена для студентов отделения «Лечебное дело» при изучении профессионального модуля «Диагностическая деятельность» (2-й курс, 3-й семестр) по МДК 01.01. «Пропедевтика клинических дисциплин. Пропедевтика внутренних болезней».

Данное учебно-методическое пособие разработано с целью оказания помощи студентам как для подготовки к практическим занятиям, так и для работы на практических занятиях.

Рабочая тетрадь позволит значительно уменьшить объем работы (черчение таблиц, запись темы, целей занятия и условий задач, переписывание вопросов для домашнего задания), что высвободит время на эффективное закрепление материала и проверки знаний.

Необходимость использования студентами рабочей тетради состоит в:

- закреплении теоретических знаний, полученных в процессе лекций;
- получении практических знаний в решении задач и проблемных ситуаций;
- получение практического опыта методики обследования пациентов, согласно алгоритму.

Рабочая тетрадь позволяет адекватно оценить знания и навыки обучающихся на любом этапе учебного процесса при условии своевременного изучения источников и литературы по программе, использовании лекционного материала и выполнении в полном объеме соответствующих практических заданий.

В рабочую тетрадь включены письменные задания тем, предусмотренных календарно-тематическим планом и программой МДК 01.01. «Пропедевтика клинических дисциплин» по данному разделу.

Задания разнообразны по содержанию и уровню сложности, что дает возможность преподавателю учитывать индивидуальные особенности студентов и осуществлять дифференцированный подход в обучении и оценке знаний.

Использование в учебном процессе рабочей тетради способствует развитию у студентов логического мышления с применением тестовых заданий, ситуационных задач, терминологического словаря, данных дополнительных методов исследования, различных игровых форм, повышению эффективности обучения в условиях активного привлечения студентов к самостоятельной работе.

Рабочая тетрадь является эффективным средством развития познавательной активности и самостоятельной работы студентов.

Согласно требованиям ФГОС СПО после изучения раздела МДК обучающиеся должны:

уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию;

знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- определение заболеваний;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА (ППССЗ)

Фельдшер должен обладать **общими компетенциями**, включающими в себя способность:

- ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;
- ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество;
- ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность;
- ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития;
- ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности;
- ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;
- ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий;

- ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации;

- ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности;

- ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия;

- ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку;

- ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

- ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Фельдшер должен обладать **профессиональными компетенциями**, соответствующими основным видам профессиональной деятельности, в том числе **диагностической деятельности**:

- ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп;

- ПК 1.2. Проводить диагностические исследования;

- ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний;

- ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые студенты!

Учебно-методическое пособие для изучения МДК 01.01. «Пропедевтика клинических дисциплин (ПМ.01. «Диагностическая деятельность»)). Пропедевтика внутренних болезней» разработано с целью помощи вам в овладении теоретическими знаниями и практическими умениями. Умение общаться с пациентами, проводить субъективное и объективное обследование помогут вам поставить предварительный диагноз, своевременно оказать неотложную помощь, решать тактические вопросы на ФАП.

В рабочей тетради вам предложены разнообразные по содержанию и уровню сложности задания. На практических занятиях вы сможете отработать изучаемый материал. Правильно выполненные задания помогут вам успешно освоить профессиональный модуль.

Знания и умения, приобретенные в процессе изучения междисциплинарного курса «Пропедевтика клинических дисциплин», помогут при обследовании и курации пациента терапевтического профиля.

Добросовестно выполняйте все задания, учитывая замечания преподавателя, это поможет вам при изучении ПМ.02 «Лечебная деятельность» и ПМ.03 «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе».

На всех этапах аудиторной самостоятельной работы вы можете обращаться за помощью к преподавателю. Совершенствуйте свое мастерство, это позволит вам быть грамотным, квалифицированным фельдшером.

Желаем удачи!!!

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

Цели занятия. Обучающиеся должны **знать:**

- анатомо-физиологические особенности органов дыхания;
- алгоритм обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания;
- субъективные методы исследования пациентов с заболеваниями органов дыхания;

- данные осмотра при патологии дыхательной системы;
- данные пальпации грудной клетки;
- данные перкуссии легких;
- данные аускультации легких;

уметь:

- планировать обследование пациента с заболеваниями органов дыхания;
- осуществлять сбор анамнеза при данной патологии;
- применять различные методы обследования пациента с заболеваниями органов дыхания;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять фрагмент истории болезни пациентов с патологией дыхательной системы.

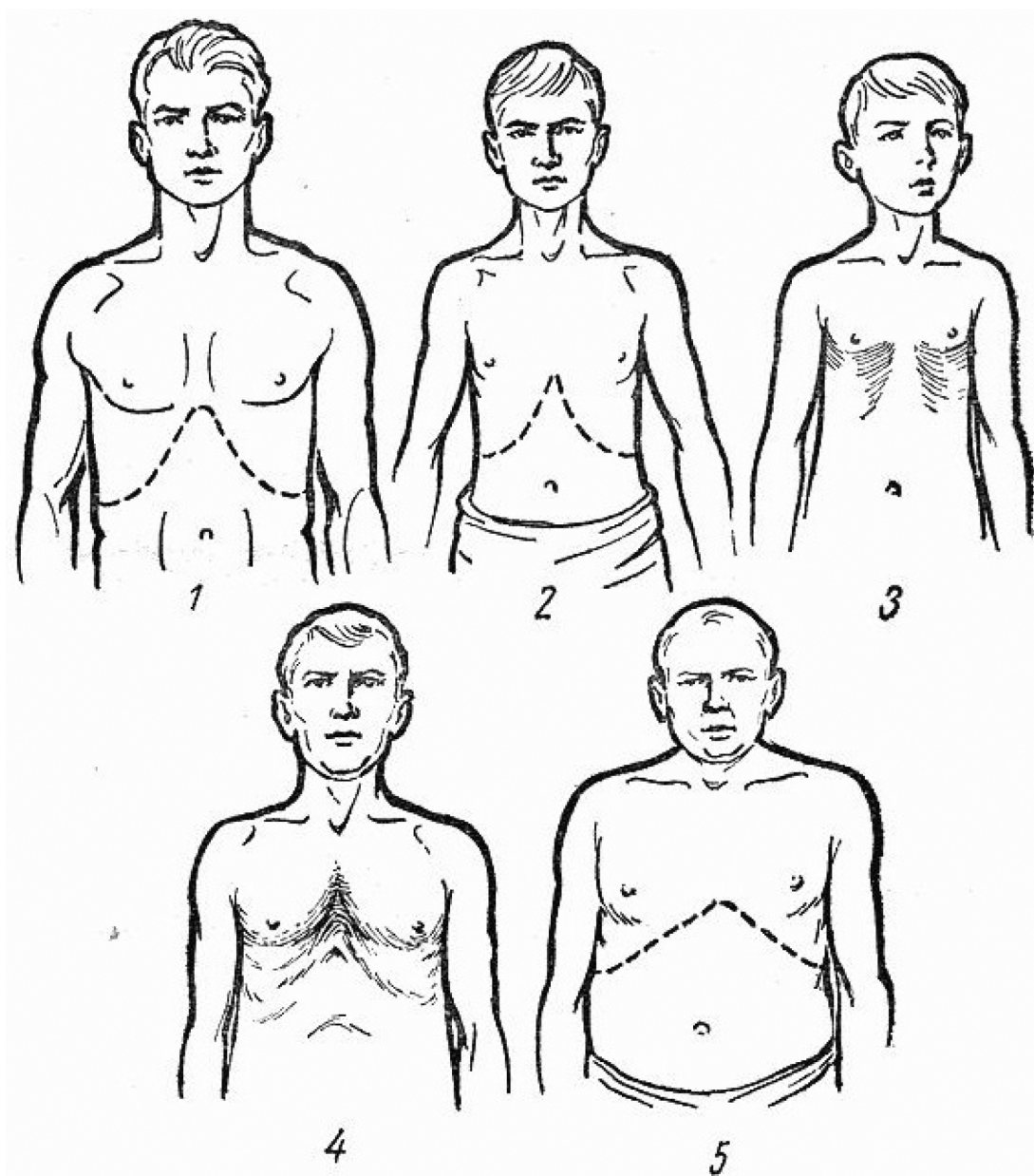
ЗАДАНИЕ № 1. Внимательно прочитайте контрольные вопросы по теме и постарайтесь на них ответить. Перечислите основные жалобы пациентов с заболеваниями органов дыхания.

1. Что такое кашель? Каковы особенности кашля при различных заболеваниях?

2. Что такое мокрота? Как следует интерпретировать физические свойства мокроты?

3. Что такое кровохарканье? Каковы причины кровохарканья?
4. Каковы причины болей в груди при патологии органов дыхания?
5. Что такое одышка? Какие выделяют виды одышки? Их причины.
6. Какова причина удушья при бронхиальной астме?
7. На какие сведения анамнеза заболевания и жизни больного с патологией органов дыхания следует обратить особое внимание при расспросе?
8. Какие отклонения от нормы можно обнаружить при общем осмотре больного с патологией органов дыхания?
9. С какой целью проводится статический и динамический осмотр грудной клетки?
10. Каковы признаки нормальной формы грудной клетки?
11. Что такое симметричная грудная клетка? Каковы причины асимметрии грудной клетки?
12. Какие известны патологические формы грудной клетки?
13. Какие бывают типы нормального дыхания? Какова техника подсчета частота дыхательных движений в норме?
14. С какой целью проводится пальпация грудной клетки?
15. Что такое «голосовое дрожание»? Методика его определения, причины изменения.
16. Какие топографические ориентиры выделяют на грудной клетке?
17. Каковы цели, техника и правила проведения сравнительной перкуссии легких?
18. Какой перкуторный звук определяется в норме над легкими? При патологии?
19. С какой целью проводится топографическая перкуссия легких?
20. Каково расположение нижних границ легких в норме?
21. Как определяется экскурсия нижнего легочного края? Ее величина в норме?
22. Каковы правила проведения аускультации легких?
23. Какие дыхательные шумы относятся к основным?
24. Какова характеристика везикулярного дыхания? Причины его изменения?
25. Что такое «бронхиальное дыхание»? Где оно выслушивается в норме, каковы причины возникновения при патологии?
26. Что такое «дополнительные дыхательные шумы», их разновидности?
27. Что такое «сухие и влажные хрипы», почему они возникают?
28. Что такое «крепитация», причины ее возникновения?
29. Что такое «шум трения плевры», причины его появления?
30. Как дифференцировать дополнительные дыхательные шумы?
31. Какие лабораторные и инструментальные методы применяются для исследования органов дыхания, их значение в диагностике?
32. Какие клинические синдромы при заболеваниях органов дыхания вам известны?

ЗАДАНИЕ № 2. Рассмотрите формы грудной клетки и дайте характеристику каждой из них.



Различные формы грудной клетки:
1 — нормальная; 2 — плоская; 3 — куриная;
4 — воронкообразная; 5 — эмфизематозная.

ЗАДАНИЕ № 3. Дайте определение следующим понятиям.

Кашель — _____

Мокрота — _____

Одышка — _____

Удушье — _____

Астма — _____

Бронхиальная обструкция — _____

Спирометрия — _____

ЖЕЛ — _____

Бронхография — _____

ЗАДАНИЕ № 4. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. При осмотре: грудная клетка выбухает в заднебоковых областях, переднее-задний размер равен боковому. Ход ребер горизонтальный, межреберья расширены, надчревный угол тупой. Шея короткая. Отмечается экспираторная одышка.

1. Оцените форму грудной клетки больного.
2. Для какого патологического процесса характерны данные осмотра?

Задача 2. При осмотре больной грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, во время выдоха сужается и незначительно опускается.

1. Для какого типа дыхания это характерно?
2. Какова зависимость типа дыхания человека от его пола?
3. С чем может быть связано изменение обычного типа дыхания у женщин?

Задача 3. У больного справа ниже IV ребра не определяется голосовое дрожание, при перкуссии определяется тупой звук.

Какова вероятная причина этого симптома?

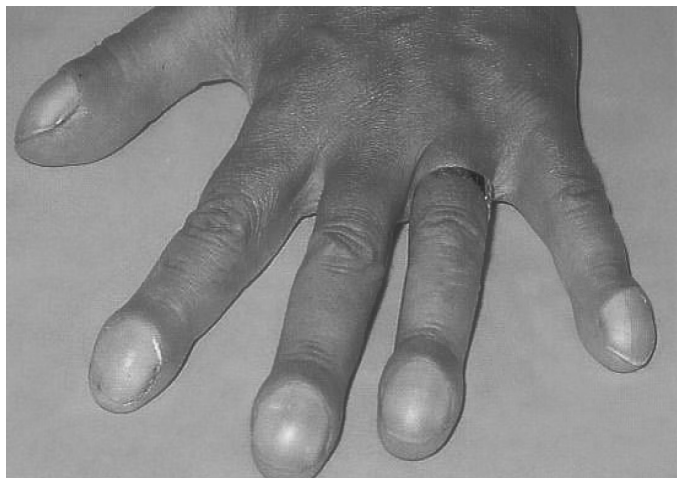
Задача 4. У больного справа в нижнем отделе грудной клетки на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивается дополнительный шум, который после покашливания уменьшается.

Определите, что это за шум?

Задача 5. Больной жалуется на кашель с большим количеством гнойной мокроты, одышку, повышенную температуру, слабость. При аускультации справа между лопаточной и задней подмышечной линиями ниже угла лопатки выслушиваются бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые хрипы, при перкуссии определяется тимпанит.

1. Какова вероятная причина этих симптомов?
2. Каким образом изменяются голосовое дрожание и бронхофония при данном синдроме?
3. Какие заболевания чаще всего могут быть причиной данного синдрома?

ЗАДАНИЕ № 5. Какой симптом представлен на рисунке?



ЗАДАНИЕ № 6. Прочитайте анализы мокроты и сделайте выводы по каждому анализу.

АНАЛИЗ МОКРОТЫ № 1

Гражданин _____ *Полякова А. М.*
Отделение _____

Общие свойства

Количество	50 мл
Цвет	желтый
Консистенция	жидкая
Характер	слизистая
Примеси	—

Микроскопия

Лейкоциты	<i>покрывают все поле зрения</i>
Эритроциты	<i>единичные</i>
Плоский эпителий	—
Альвеолярный эпителий	<i>единичный</i>
Эластические волокна	<i>обнаружены</i>
Спирали Куршмана	—
Кристаллы	—
Шарко — Лейдена	

Ваш вывод?

АНАЛИЗ МОКРОТЫ № 2

Гражданин _____ *Анохин С. П.*
Отделение _____

Общие свойства

Количество	40 мл
Цвет	розовый

Консистенция	<i>жидкая</i>
Характер	<i>слизистая</i>
Примеси	—
Микроскопия	
Лейкоциты	<i>4–6 в поле зрения</i>
Эритроциты	<i>20–30 в поле зрения</i>
Плоский эпителий	—
Альвеолярный эпителий	<i>6–7 в поле зрения</i>
Эластические волокна	<i>обнаружены МТ (+++)</i>
Гигантские клетки	+++
Пирогова — Лангханса	

Ваш вывод?

АНАЛИЗ МОКРОТЫ № 3

Гражданин	<i>Прохоров А. Е.</i>
Отделение	<i>пульмонологии</i>
Общие свойства	
Количество	<i>2 мл</i>
Цвет	<i>светло-желтый</i>
Консистенция	<i>вязкая</i>
Характер	<i>стекловидная</i>
Примеси	—
Микроскопия	
Лейкоциты	<i>8–10 в поле зрения</i>
Эозинофилы	<i>6–7 в поле зрения</i>
Плоский эпителий	—
Альвеолярный эпителий	<i>1–2 в поле зрения</i>
Эластические волокна	<i>не обнаружены</i>
Спираль Куршмана	<i>обнаружены</i>
Кристаллы	
Шарко — Лейдена	<i>обнаружены</i>

Ваш вывод?

АНАЛИЗ МОКРОТЫ № 4

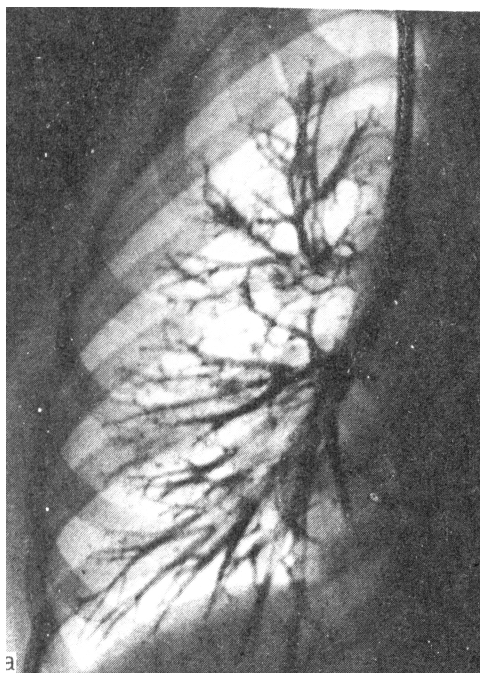
Гражданин	<i>Громова Е. М.</i>
Отделение	<i>терапевтическое № 2</i>
Общие свойства	
Количество	<i>15 мл</i>
Цвет	<i>желтый</i>
Консистенция	<i>жидкая</i>
Характер	<i>слизистая</i>
Примеси	—

Микроскопия

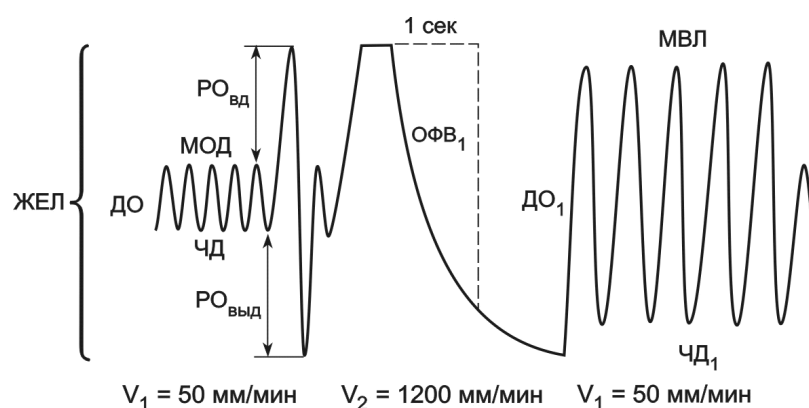
Лейкоциты	<i>20–30 в поле зрения</i>
Эритроциты	—
Плоский эпителий	—
Альвеолярный эпителий	<i>единичный в поле зрения</i>
Эластические волокна	<i>не обнаружены</i>
Спираль Куршмана	—
Кристаллы	—
Шарко — Лейдена	—

Ваш вывод?

ЗАДАНИЕ № 7. Какой метод исследования изображен на данном рисунке? Расскажите о данной патологии.



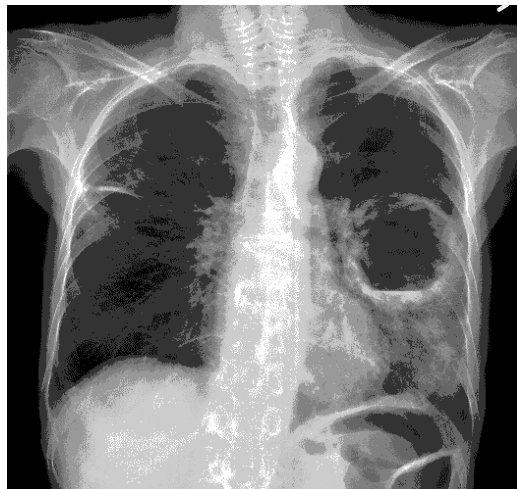
ЗАДАНИЕ № 8. Какие методы исследования функции внешнего дыхания вы знаете? Какое обследование представлено на рисунке? Покажите основные показатели.



ЗАДАНИЕ № 9. Назовите метод исследования пациента, представленный на иллюстрации.

1. Назовите и покажите ведущий рентгенологический признак абсцесса легкого после его прорыва в бронх.

2. Назовите рентгенологический метод исследования, позволяющий уточнить диагноз и определить точную локализацию и распространенность патологического процесса при данном заболевании.



ЗАДАНИЕ № 10. Назовите прибор, представленный на иллюстрациях. Назовите цель применения данного прибора у больных бронхиальной астмой. Расскажите о правилах ухода за прибором.



ЗАДАНИЕ № 11. Для закрепления изученного материала выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Больные с болезнями органов дыхания предъявляют жалобы на:

- а) кашель;
- б) боли в сердце;
- в) сердцебиение;
- г) рвоту.

- 2.** Сухой кашель беспокоит больных:
- а) в начале острого бронхита;
 - б) в разгар крупозной пневмонии;
 - в) при вскрытии абсцесса легкого;
 - г) при бронхоэктатической болезни.
- 3.** «Лающий кашель» наблюдается при:
- а) сухом плеврите;
 - б) ларингите;
 - в) поражении голосовых связок;
 - г) пневмонии.
- 4.** Выделение мокроты «полным ртом» характерно для:
- а) бронхиальной астмы;
 - б) острого бронхита;
 - в) крупозной пневмонии;
 - г) гнойных заболеваний легких.
- 5.** «Ржавая мокрота» является симптомом:
- а) бронхиальной астмы;
 - б) острого бронхита;
 - в) крупозной пневмонии;
 - г) бронхоэктатической болезни.
- 6.** Боли в груди при заболеваниях органов дыхания чаще связаны с:
- а) приемом пищи;
 - б) физической нагрузкой;
 - в) волнением;
 - г) кашлем.
- 7.** Приступ удушья — основная жалоба больного:
- а) бронхитом;
 - б) бронхиальной астмой;
 - в) пневмонией;
 - г) туберкулезом.
- 8.** Патологической считается грудная клетка:
- а) астеническая;
 - б) гиперстеническая;
 - в) нормостеническая;
 - г) паралитическая.
- 9.** Апноэ — это:
- а) учащенное дыхание;
 - б) прерывистое дыхание;
 - в) остановка дыхания;
 - г) удушье.
- 10.** При экспираторной одышке затрудняется:
- а) выдох;
 - б) вдох;
 - в) вдох и выдох;
 - г) носовое дыхание.

11. Голосовое дрожание определяется методом:

- а) перкуссии;
- б) пальпации;
- в) аускультации;
- г) осмотра.

12. Для определения патологического очага в легких применяется:

- а) топографическая перкуссия;
- б) сравнительная перкуссия;
- в) пальпация;
- г) спирометрия.

13. При перкуссии над легкими в норме определяется звук:

- а) тупой;
- б) ясный;
- в) тимпанический;
- г) коробочный.

14. Коробочный звук над легкими перкуторно выявляется:

- а) над очагом уплотнения легочной ткани;
- б) при переполнении альвеол воздухом;
- в) при наличии выпота в плевральной полости;
- г) при воспалительном процессе в бронхах.

15. Данные пальпации и перкуссии над областью воспалительного уплотнения легочной ткани:

- а) голосовое дрожание усилено, при перкуссии тупой звук;
- б) голосовое дрожание усилено, при перкуссии тимпанит;
- в) голосовое дрожание ослаблено, при перкуссии ясный звук;
- г) голосовое дрожание в норме; при перкуссии коробочный.

16. При эмфиземе границы легких:

- а) верхние приподняты, нижние приподняты;
- б) верхние опущены, нижние в норме;
- в) верхние приподняты, нижние в норме;
- г) верхние приподняты, нижние опущены.

17. В норме над легкими выслушивается:

- а) везикулярное дыхание;
- б) бронхиальное дыхание;
- в) амфорическое дыхание;
- г) крепитация.

18. Одной из отличительных особенностей шума трения плевры является:

- а) изменение после кашля;
- б) выслушивание на вдохе и выдохе;
- в) выслушивание только на вдохе;
- г) отсутствие болевых ощущений у больного.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»

Цели занятия. Обучающиеся должны
знать:

- анатомо-физиологические данные сердечно-сосудистой системы;
- симптомы болезней сердца и сосудов и их характеристику;
- правила осмотра и пальпации области сердца;
- границы относительной и абсолютной тупости сердца;
- правила проведения перкуссии, аускультации сердца;
- аускультативную картину сердца в норме и в условиях патологии;
- методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний

сердечно-сосудистой системы;

уметь:

- провести расспрос пациента и выяснить имеющиеся симптомы заболеваний сердца;
- выполнить осмотр пациента;
- исследовать и оценить пульс и АД;
- определить границы относительной тупости сердца;
- выполнить аускультацию сердца и оценить тоны сердца;
- оценить ОАК, БАК;
- провести ЭКГ и оформить ленту ЭКГ;
- различать ФКГ, реограмму, УЗИ сердца.

ЗАДАНИЕ № 1. Повторите методики диагностики заболеваний органов сердечно-сосудистой системы, дайте ответ на следующие вопросы и выполните задания.

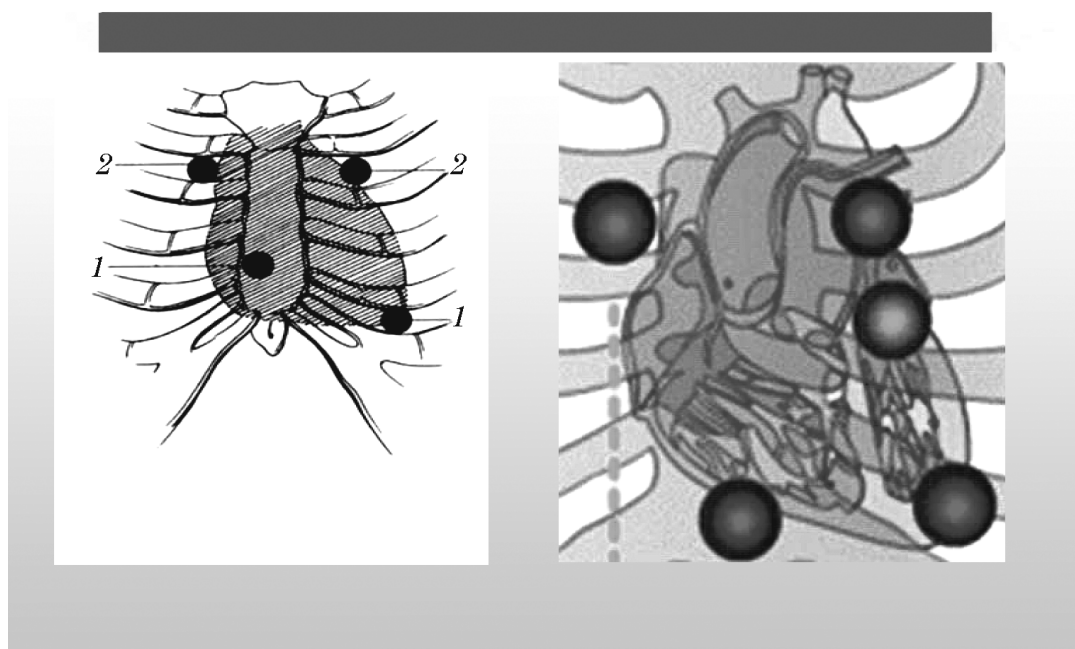
1. Какие жалобы предъявляют пациенты с заболеваниями органов кровообращения?
2. На что необходимо обратить внимание фельдшеру при сборе анамнеза заболевания?
3. Какие особенности необходимо учесть при сборе анамнеза жизни?

4. Какие данные можно выявить при осмотре пациента с патологией сердечно-сосудистой системы?

5. Какие особенности проведения перкуссии сердечно-сосудистой системы вы знаете?

6. Назовите правила аускультации сердца?

ЗАДАНИЕ № 2. Обозначьте на рисунке точки аускультации сердца. В какой последовательности проводится аускультация?



ЗАДАНИЕ № 3. Дайте определение следующим терминам.

Цианоз — _____

Коллапс — _____

Обморок — _____

Сердцебиение — _____

Тахикардия — _____

Кардиомегалия — _____

Анасарка — _____

Острая сердечная недостаточность — _____

Кардиалгия — _____

Экстрасистола — _____

Отеки — _____

Криз — _____

Пазтозность — _____

Гидроторакс — _____

ЗАДАНИЕ № 4. Укажите места определения пульса. Назовите свойства пульса.

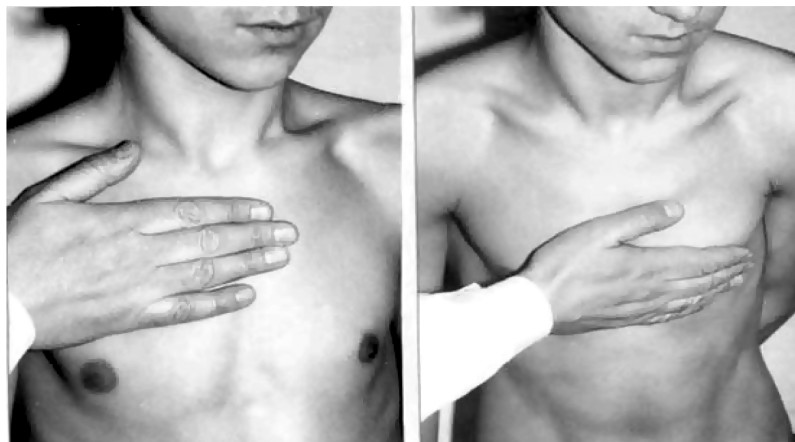


Для запоминания свойств пульса мы предлагаем вам небольшое стихотворение:

Студент радуется часто настроением невероятным.

Первые буквы слов указывают на последовательность алгоритма выполнения пульса.

ЗАДАНИЕ № 5. Что такое «кошачье мурлыканье»? В каких местах оно определяется? Для какой патологии характерно?



ЗАДАНИЕ № 6. Дайте определение и оцените результат.

Дефицит пульса — _____

Число сердечных сокращений 92 уд./мин, пульс 80 уд./мин. Дайте характеристику патологии.

Пульсовое давление — _____

Давление 120/80 мм рт. ст. Оцените полученные данные.

Давление 170/90 мм рт. ст. Оцените полученные данные. Дайте совет пациенту.

Давление 80/60 мм рт. ст. Оцените результат.

ЗАДАНИЕ № 7. Выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Больные с болезнями органов кровообращения предъявляют жалобы на:

- а) изжогу;
- б) перебои и боли в сердце;
- в) кашель;
- г) дизурические расстройства.

2. Для стенокардии **не** характерны боли:
- а) после физической нагрузки;
 - б) колющего характера;
 - в) отдающие в левую руку;
 - г) проходящие после приема нитроглицерина.
3. Симптом, **не** являющийся признаком сердечной недостаточности:
- а) отеки;
 - б) одышка;
 - в) цианоз;
 - г) боли в сердце.
4. К факторам риска сердечно-сосудистой патологии относится:
- а) физическая активность;
 - б) низкокалорийное питание;
 - в) малоподвижный образ жизни;
 - г) перенесенный в детстве эпидемический паротит.
5. Цвет кожных покровов при митральном стенозе:
- а) бледные;
 - б) желтушные;
 - в) нормальной окраски;
 - г) цианотичные.
6. Вздутие шейных вен — признак патологии:
- а) правожелудочковой недостаточности;
 - б) левожелудочковой недостаточности;
 - в) сосудистой недостаточности;
 - г) гипертонической болезни.
7. Видимая пульсация сонных артерий наблюдается при пороке сердца:
- а) аортальной недостаточности;
 - б) ортальном стенозе;
 - в) митральной недостаточности;
 - г) митральном стенозе.
8. При осмотре области сердца можно выявить:
- а) пульсацию верхушечного толчка;
 - б) размеры сердца;
 - в) размеры сосудистого пучка;
 - г) симптом «кошачьего мурлыканья».
9. Симптом «кошачьего мурлыканья» определяется методом:
- а) перкуссии;
 - б) пальпации;
 - в) аускультации;
 - г) осмотра.
10. Симптом «кошачьего мурлыканья» определяется при:
- а) инфаркте миокарда;
 - б) стенокардии;
 - в) митральной недостаточности;
 - г) митральном стенозе.

11. Верхушечный толчок в норме расположен в V-м межреберье:

- а) по левой среднеключичной линии;
- б) на 1–1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии;
- в) на 1–1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии;
- г) на 2–3 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

12. Качество пульса, характеризующее состояние сосудистой стенки:

- а) наполнение;
- б) напряжение;
- в) ритм;
- г) частота.

13. Частота пульса в норме у взрослого человека (удары в 1 мин):

- а) 100–120;
- б) 90–100;
- в) 60–80;
- г) 40–60.

14. Твердый пульс наблюдается при:

- а) кровопотере;
- б) шоке;
- в) гипертонии;
- г) коллапсе.

15. Перкуссия сердца проводят с целью определения:

- а) верхушечного толчка;
- б) границ сердца;
- в) симптома Мюссе;
- г) тонов и шумов сердца.

16. Левая граница относительной тупости сердца образуется:

- а) верхушкой правого желудочка;
- б) верхушкой левого желудочка;
- в) левым предсердием;
- г) левым предсердием и желудочком.

17. Правая граница относительной тупости сердца в норме располагается:

- а) по правому краю грудины;
- б) на 1–1,5 см кнутри от правого края грудины;
- в) на 1–1,5 см кнаружи от правого края грудины;
- г) по левому краю грудины.

18. Конфигурация сердца со сглаженной талией называется:

- а) аортальной;
- б) митральной;
- в) нормальной;
- г) «бычьим сердцем».

19. Первый тон сердца образуется при захлопывании клапанов:

- а) аортального;
- б) легочного;
- в) аортального и легочного;
- г) двухстворчатого и трехстворчатого.

20. Точка выслушивания митрального клапана:

- а) верхушка сердца;
- б) II межреберье справа от грудины;
- в) II межреберье слева от грудины;
- г) у мочевидного отростка грудины.

21. При аускультации аортального клапана в норме выслушивается:

- а) усиленный I тон;
- б) усиленный II тон;
- в) систолический шум;
- г) добавочный тон.

22. При патологии сердца выслушиваются:

- а) хрипы;
- б) шумы;
- в) крепитация;
- г) амфорическое дыхание.

23. Преимущественная локализация функционального шума:

- а) на верхушке сердца;
- б) в точке Боткина;
- в) на аорте;
- г) на основании мочевидного отростка грудины.

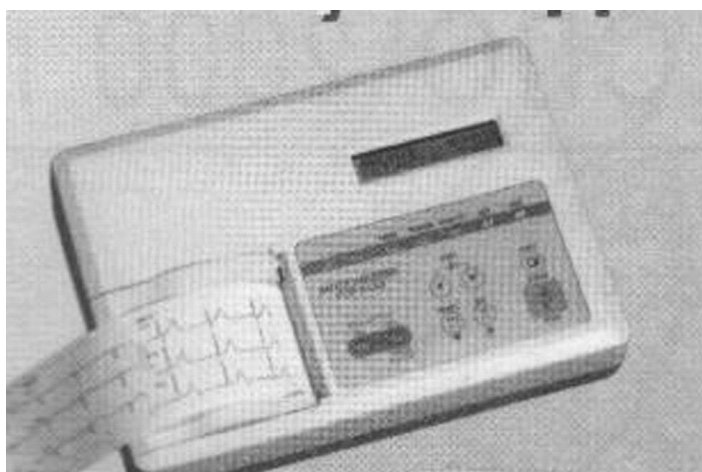
24. Отличительный признак внесердечного шума:

- а) выслушивается постоянно;
- б) проводится в левую подмышечную область;
- в) усиливается при надавливании стетоскопом;
- г) обычно систолический.

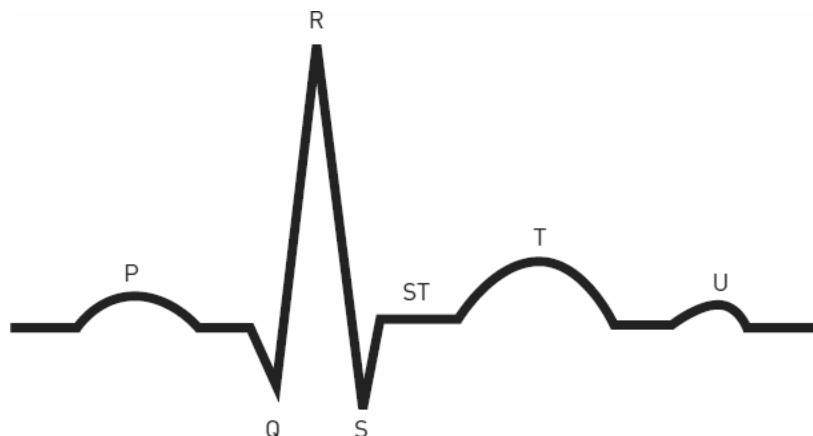
25. Синдром правожелудочковой недостаточности проявляется:

- а) удушьем;
- б) цианозом;
- в) асцитом;
- г) хрипами в легких.

ЗАДАНИЕ № 8. Какой прибор представлен на рисунке? Для какого исследования он предназначен?



Назовите вид данной кривой. Обозначьте продолжительность в норме всех зубцов и интервалов. Какую патологию можно определить с помощью данного метода?



ЗАДАНИЕ № 9. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. При перкуссии границы относительной сердечной тупости: правая — на 3,5 см от края грудины, левая — на уровне передней аксилярной линии, верхняя — на нижнем крае II ребра.

Ваше заключение?

Задача 2. У больного стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.

Какие изменения тонов сердца могут быть выявлены при аускультации?

Задача 3. При аускультации у больного определяется систолический шум на верхушке, проводящийся вверх и в левую подмышечную область, I тон ослаблен.

При какой патологии это может быть?

Задача 4. Больной 60 лет жалуется на боли за грудиной давящего, сжимающего характера, отдающие в левую руку и лопатку. Боли появились после волнения, продолжаются 10 мин. Фельдшер дал больному таблетку нитроглицерина, после чего боли стихли.

1. Как называется болевой синдром, выявленный у больного? Каково его происхождение?

2. О чем можно думать, если боли очень интенсивные, не проходят больше получаса, несмотря на прием сосудорасширяющих средств?

3. Какое дополнительное исследование следует немедленно провести для уточнения диагноза?

Задача 5. Больного 58 лет беспокоят головные боли, головокружение, сердцебиение, утомляемость. АД 180/98 мм рт. ст.

1. Как называется синдром, признаки которого имеются у больного?

2. Какова должна быть характеристика пульса больного?

3. Какие изменения можно выявить у больного при аускультации?

ЗАДАНИЕ № 10. Какой метод дополнительного исследования пациента представлен на рисунке? С какой целью он применяется?



ЗАДАНИЕ № 11. Какие бывают шумы сердца? Каков механизм возникновения шумов? В чем отличие функциональных шумов от органических?

ЗАДАНИЕ № 12. Дайте правильную интерпретацию данному анализу.

Лист учета водного баланса

Дата _____

Наименование больницы _____

Отделение _____

Палата № _____

Ф. И. О. *Иванов Петр Сергеевич*

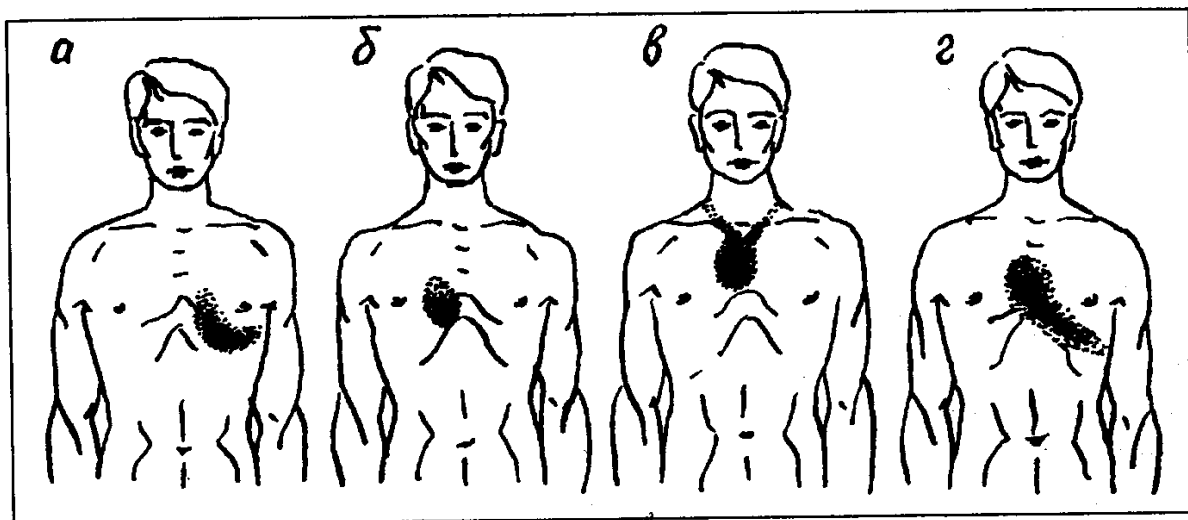
Возраст *45 лет*

Масса тела *70 кг*

Диагноз *Обследование*

Время	Выпито	Количество жидкости	Время	Выделено
9.00	завтрак	250,0	10.40	220,0
10.00	в/в капельно	400,0	12.00	180,0
14.00	обед	350,0	17.00	150,0
16.00	полдник	100	20.00	200,0
18.00	ужин	200	3.00	170,0
21.00	кефир	200	6.00	150,0
За сутки	Всего выпито	1500,0	Всего выделено	1070,0

ЗАДАНИЕ № 13. Рассмотрите рисунок и расскажите, при какой патологии и куда проводится шум.



ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3

Тема «ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

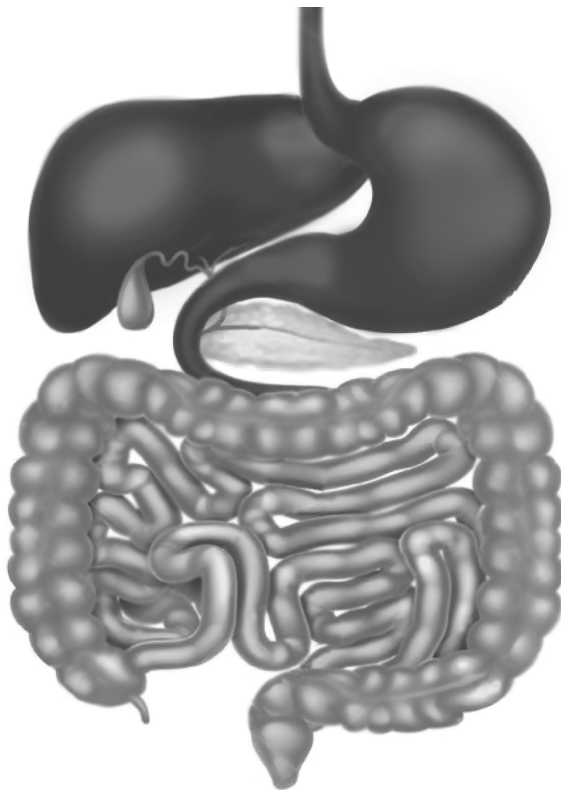
Цели занятия. Обучающиеся должны **знать:**

- анатомно-физиологические данные по строению и физиологии пищеварения пищевода и желудка, кишечника, поджелудочной железы;
- все симптомы заболеваний пищевода и желудка, их характеристику и механизм образования;
- диагностику и дифференциальную диагностику пищеводного и желудочного кровотечения;
- вопросы, выясняемые у пациента при сборе анамнеза;
- правила проведения осмотра полости рта, живота;
- методы и технику пальпации, перкуссии и аускультации живота;
- методы определения и оценки желудочной секреции;
- рентгенологический и эндоскопический методы исследования пищевода и желудка;

уметь:

- на муляжах и схемах показать топографию передней брюшной стенки;
- выполнить технику осмотра полости рта;
- провести пальпацию желудка поверхностной и глубокой скользящей пальпацией;
- подготовить все необходимое для фракционного исследования желудочной секреции;
- оценить анализ желудочного сока по данным кислотности и рН-метрии;
- оценить рентгенограммы пищевода и желудка (увидеть патологию рельефа слизистой оболочки и контуров пищевода и желудка);
- увидеть на рентгеновских пленках различные затемнения, оценить их.

ЗАДАНИЕ № 1. Рассмотрите внимательно рисунок и расскажите об особенностях строения желудочно-кишечного тракта. Обозначьте на рисунке органы системы пищеварения. Расскажите об особенностях пищеварения и функции каждого органа.



ЗАДАНИЕ № 2. Дайте определения следующим понятиям.

Дисфагия — _____

Рвота — _____

Изжога — _____

Отрыжка — _____

Аппетит — _____

Метеоризм — _____

Диспепсия — _____

Мелена — _____

Ахолия — _____

Кахексия — _____

Диарея — _____

Запор — _____

Копрограмма — _____

Ахлоргидрия — _____

ЗАДАНИЕ № 3. Внимательно прочитайте контрольные вопросы по теме занятия и постарайтесь самостоятельно ответить на них.

1. Какие жалобы могут предъявлять больные с заболеваниями пищевода, желудка, кишечника и поджелудочной железы?

2. Каковы особенности болевого синдрома при заболеваниях различных отделах ЖКТ?

3. Каковы особенности рвоты различного происхождения?

4. Какова дифференциальная диагностика органической и функциональной дисфагии?

5. Каковы происхождение и патогенез поносов?

6. Каковы происхождение и механизмы развития запоров?

7. Каковы причины увеличения живота?

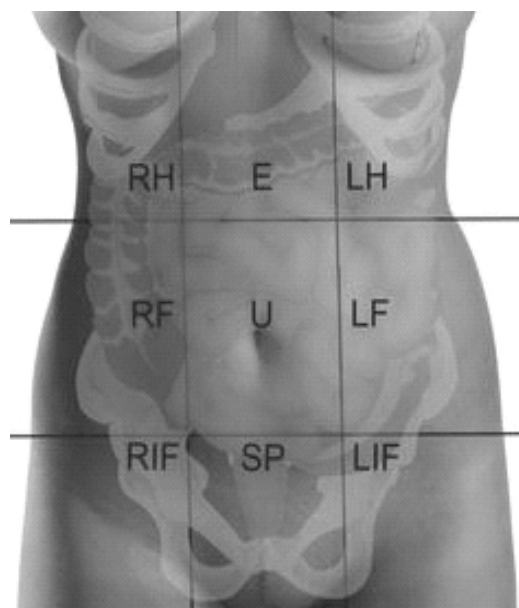
8. Каковы особенности увеличения живота при асците, метеоризме, ожирении?

9. Что такое поверхностная пальпация живота? Каковы ее цели и техника проведения?

10. Какова техника глубокой скользящей методической пальпации? С какой целью она проводится?

11. Какова последовательность пальпации органов брюшной полости?

ЗАДАНИЕ № 4. На какие топографические области разделяется брюшная полость? Обозначьте их на рисунке.



ЗАДАНИЕ № 5. Предлагаем вашему вниманию сказку о пищеварении.

«Человек проголодался, сервировал стол. Вид пищи через ацетилхолин направил импульс на блуждающий нерв, а он отправил депешу гормону **гастрину** в пилорический отдел желудка, в которой указал, чтобы гастрин отдал приказ обкладочным клеткам начать вырабатывать запальный желудочный сок для химической обработки поступающей пищи, а добавочным клеткам желудка — слизь для защиты слизистой оболочки желудка от коварных действий пищи. И заработал желудок, как стиральная машина-автомат, переваривая пищу в течение 4 ч. Когда прибор в желудке показал, что pH пищи достигла **6,5**, сработал **пилородуоденальный механизм** и пищевой комок поступил в ДПК. В ней главный руководитель процесса пищеварения **секретин** 1) отправил в желудок в обкладочные клетки депешу, чтобы они отдыхали, так как их пищевой товар находится у него в ДПК; 2) перепроверил pH пищевого комка, и так как он его не устроил, дополнительно с фабрики поджелудочной железы были запрошены бикарбонаты для лучшего ощелачивания пищевого комка; 3) призвал своих подчиненных **панкреозимина**, приказав ему доставить с фабрики поджелудочной железы: а) *трипсин* для переваривания белков; б) *липазу* для переваривания жиров; в) *амилазу* для переваривания углеводов, и **холецистокинина**, отдав ему распоряжение доставить желчь из желчного пузыря для переваривания жиров. И заработала ДПК, тщательно переваривая пищевой комок в течение 2 ч, а затем, по истечении времени, отправила переработанный пищевой товар в толстую кишку, функциональные обязанности которой заключаются в проведении всасывания из пищевого комка питательных веществ, необходимых для жизнедеятельности организма человека, на это ей был отведен 1 ч. Далее пищевой комок отправился в подвздошную кишку, которая в течение 1 ч с помощью фильтров осушила пищевой комок, а полученную чистую воду направила в клетки организма, помогая им долго жить и служить человеку. Следующий этап пищеварения — толстая кишка, в которой под влиянием микробной флоры переваривается клетчатка, а ее сфинктеры, продвигая пищевой комок, выжимают излишки воды. Все отработанное оформляется в виде «каловой колбаски» весом 200–250 г и удаляется из организма, т. е. совершается акт дефекации. Весь процесс в толстой кишке длится 4 ч.»

Как проходит процесс пищеварения? Расскажите своими словами о физиологии пищеварения.

ЗАДАНИЕ № 6. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. У больной живот увеличен в размерах, в вертикальном и горизонтальном положении равномерно выпячен, округлой формы. Пупок не изменен. При перкуссии над всей поверхностью живота определяется выраженный тимпанит.

1. Ваше заключение о причине увеличения живота.
2. Какие еще причины равномерного увеличения живота вам известны?

Задача 2. Больной жалуется на отрыжку, рвоту, боли в эпигастрии через 1 ч после приема пищи. После рвоты боли уменьшаются. При пальпации болезненность в подложечной области.

1. Каково происхождение диспепсии у больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения характера и локализации патологического процесса?

Задача 3. Больной в течение 2 сут отмечает нарастание слабости, рвоту «кофейной гущей», черного цвета стул. Из анамнеза: болеет язвенной болезнью желудка 10 лет, 2 недели назад появились боли в эпигастриальной области через 30 мин после еды. Снимал боли теплом, приемом пищи. Объективно: кожные покровы бледные. АД 90/55 мм рт. ст. Пульс 120 уд./мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области.

1. Оцените пульс и АД.
2. Чем обусловлены изменения кала у больного? Как называется такой кал?
3. Ваш предварительный диагноз с обоснованием.

ЗАДАНИЕ № 7. Что такое копроцистогарма? Оцените представленные результаты анализов кала, сделайте выводы.

КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 1

Ф. И. О. Крайнов В. А.
Отделение _____

Макроскопическое исследование

Форма	<u>нет</u>	Наличие слизи	<u>—</u>
Консистенция	<u>мазевидная</u>	Наличие гноя	<u>—</u>
Цвет	<u>серый</u>	Реакция на кровь	<u>отрицат.</u>
Запах	<u>специфический</u>		

Микроскопическое исследование

Соединительная ткань	<u>—</u>
Мышечные волокна	<u>+++ (много)</u>
Нейтральный жир	<u>+++ (много)</u>
Жирные кислоты	<u>+</u>
Мыла	<u>—</u>
Непереваримая клетчатка	<u>—</u>
Переваримая клетчатка	<u>+</u>
Крахмал	<u>—</u>
Йодофильные бактерии	<u>—</u>
Слизь	<u>нет</u>
Лейкоциты	<u>единичные</u>
Эритроциты	<u>—</u>
Эпителий	<u>единичные кл.</u>
Простейшие	<u>не обнаружен.</u>
Яйца глистов	<u>не обнаружен.</u>

КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 2

Ф. И. О.	Власов Б. Е.		
Отделение			
	Макроскопическое исследование		
Форма	обычная	Наличие слизи	—
Консистенция	кашицеобр.	Наличие гноя	—
Цвет	серый	Реакция на кровь	отрицат.
Запах	обычный		
	Химическое исследование		
Реакция на стеркобелин	отрицат.		
Реакция на билирубин	—		
	Микроскопическое исследование		
Соединительная ткань	—		
Мышечные волокна	единичные		
Нейтральный жир	+++ (много)		
Жирные кислоты	++		
Мыла	—		
Непереваримая клетчатка	—		
Переваримая клетчатка	+		
Крахмал	—		
Йодофильные бактерии	—		
Слизь	нет		
Лейкоциты	единичные		

КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 3

Ф. И. О.	Баев С. И.		
Отделение			
Макроскопическое исследование			
Форма	оформ.	Наличие слизи	тяжами
Консистенция	плотная	Наличие гноя	—
Цвет	корич.	Реакция на кровь	положит.
Запах	гнилостный		
Химическое исследование			
Реакция	Трибуле		
Реакция на стеркобелин	положит.		
Реакция на билирубин	—		
Микроскопическое исследование			
Мышечные волокна	единичные		
Нейтральный жир	—		
Жирные кислоты	—		
Непереваримая клетчатка	—		

Крахмал	—
Йодофильные бактерии	—
Слизь	<i>тяжи на поверхности кала</i>
Лейкоциты	<i>единичные</i>
Эритроциты	<i>8–10 в поле зрения</i>
Эпителий	<i>умеренное количество</i>

ЗАДАНИЕ № 8. Выполняя тестовые задания, выберите правильный вариант ответа.

1. При заболеваниях органов ЖКТ больных беспокоят:

- а) рвота, головная боль, повышение АД;
- б) рвота, понос, боли в животе;
- в) боли в надлобковой области, дизурические расстройства;
- г) боль в боку, кашель, одышка.

2. Сезонная ритмичность болей в животе характерна для заболевания:

- а) хронический колит;
- б) хронический панкреатит;
- в) язвенная болезнь;
- г) хронический энтерит.

3. Ранние боли возникают после еды в течение:

- а) 30 мин;
- б) 1,5 ч;
- в) 2 ч;
- г) 3 ч.

4. Поздние, «голодные», ночные боли характерны для заболевания:

- а) хронический гастрит;
- б) язвенная болезнь желудка;
- в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- г) хронический панкреатит.

5. Дисфагия — симптом поражения:

- а) пищевода;
- б) желудка;
- в) поджелудочной железы;
- г) кишечника.

6. При функциональной дисфагии затрудняется проглатывание пищи:

- а) твердой;
- б) жидкой;
- в) горячей;
- г) любой.

7. Для заболеваний кишечника характерны жалобы:

- а) боли в животе после приема пищи, отрыжка, изжога;
- б) боли в животе перед дефекацией, метеоризм, расстройства стула;
- в) отрыжка, нарушение глотания, похудение;
- г) боли в животе, тошнота, рвота, приносящая облегчение.

8. Опоясывающие боли в верхней половине живота характерны для:

- а) хронического гастрита;
- б) язвенной болезни желудка;
- в) хронического гастроэнтерита;
- г) хронического панкреатита.

9. Отрыжка кислым наблюдается при:

- а) органической дисфагии;
- б) стенозе привратника;
- в) язвенной болезни желудка;
- г) кишечной непроходимости.

10. Булимия — это:

- а) отсутствие аппетита;
- б) сниженный аппетит;
- в) повышенный аппетит;
- г) очень сильный аппетит.

11. В норме при осмотре живот:

- а) округлый;
- б) втянут;
- в) «доскообразный»;
- г) «лягушачий».

12. Поверхностную пальпацию живота проводят с целью определения:

- а) напряжения мышц передней брюшной стенки;
- б) положения внутренних органов;
- в) размеров внутренних органов;
- г) симптома «головы медузы».

13. Глубокая пальпация живота проводится с целью определения:

- а) наличия асимметрии живота;
- б) напряжения мышц передней брюшной стенки;
- в) положения внутренних органов;
- г) расхождения мышц передней брюшной стенки.

14. Напряжение мышц передней брюшной стенки определяется при:

- а) гастрите;
- б) энтерите;
- в) перитоните;
- г) колите.

15. Ирригоскопия — это метод:

- а) эндоскопического исследования пищевода;
- б) эндоскопического исследования кишечника;
- в) рентгенологического исследования желудка;
- г) рентгенологического исследования кишечника.

16. При панкреатите в крови повышается уровень:

- а) креатинина;
- б) амилазы;
- в) непрямого билирубина;
- г) АсАТ.

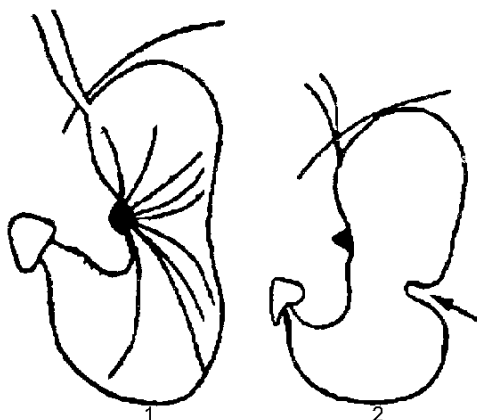
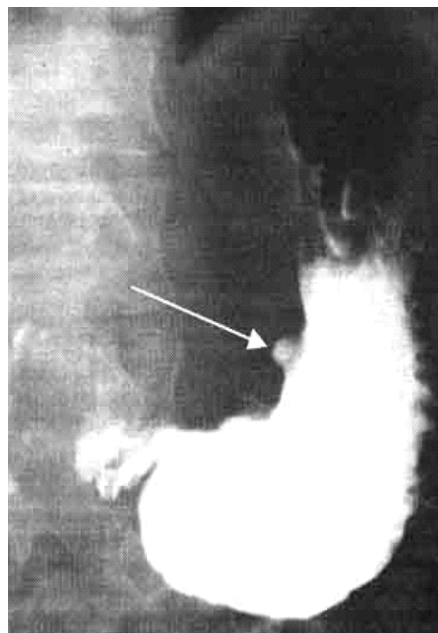
17. Симптомами желудочного кровотечения являются:

- а) бледность, кал с примесью алой крови;
- б) головная боль, головокружение, слабость;
- в) рвота «кофейной гущей», мелена;
- г) тахикардия, гипотензия.

18. К симптомам кишечной диспепсии относятся:

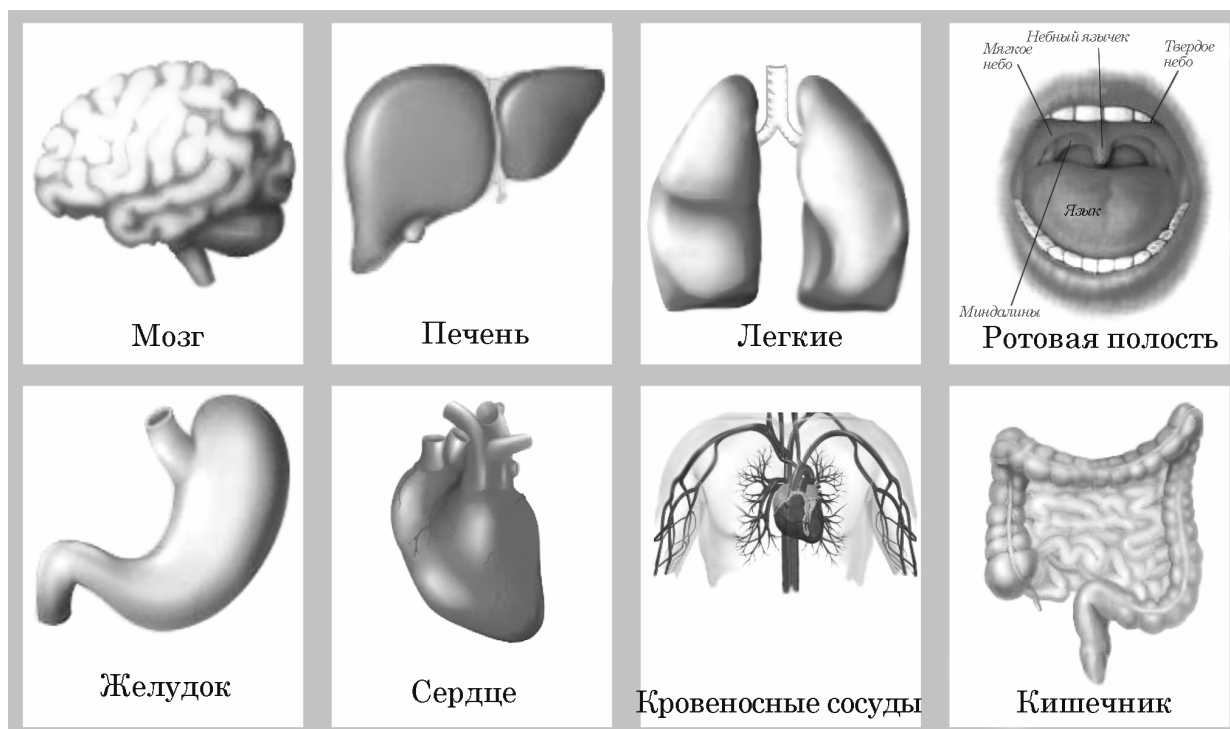
- а) метеоризм, урчание, понос;
- б) шум плеска, тошнота после еды;
- в) тяжесть в эпигастрии, отрыжка;
- г) рвота, понижение аппетита.

ЗАДАНИЕ № 9. Какие рентгенологические методы используются для исследования органов ЖКТ, их значение в диагностике? В чем проявляются рентгенологические симптомы «ниши» и дефекта наполнения, какова их интерпретация? Как подготовить больного к рентгенологическим методам исследования желудка и кишечника?



Покажите на рентгенограмме «симптом указывающего перста». Что такое конвергенция складок?

ЗАДАНИЕ № 10. Какие органы относятся к пищеварительной системе?



ЗАДАНИЕ № 11. Пальпация какого отдела толстой кишки показана на рисунке? Расскажите о глубокой скользящей пальпации по методу Образцова — Стражеско.



ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 4

Тема «ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ»

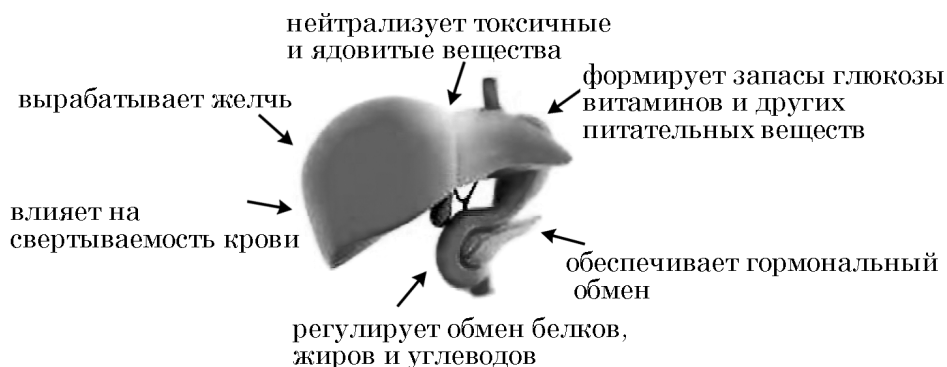
Цели занятия. Обучающиеся должны **знать:**

- симптомы заболеваний печени;
- синдромы заболеваний печени с объяснением механизма их образования;
- технику и диагностическую ценность исследования различных функций печени;
- принципы использования инструментальных методов заболеваний печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей;

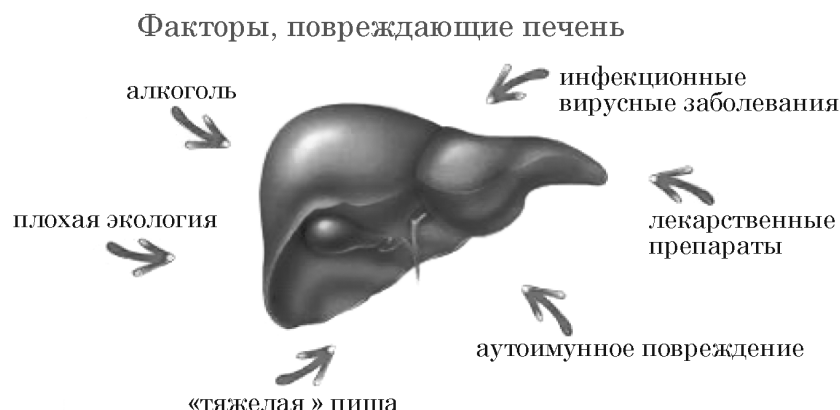
уметь:

- выявить симптомы заболеваний печени и желчного пузыря методом расспроса пациента;
- выполнить осмотр; пальпацию печени, селезенки;
- приготовить все необходимое для дуоденального зондирования, выполнить его на муляже;
- оценить биохимический анализ крови, анализ дуоденального зондирования;
- оценить рентгенограммы;
- распознавать сканограмму и УЗИ.

ЗАДАНИЕ № 1. На рисунке представлены многочисленные функции печени. На занятии расскажите об этих функциях.



Расскажите, какие факторы повреждают печень. В этом вам поможет следующая схема.



ЗАДАНИЕ № 2. Перечислите жалобы пациентов с патологией печени и желчевыводящих путей.

ЗАДАНИЕ № 3. Предлагаем вам сказку о пигментном обмене. Внимательно прочитайте ее и расскажите на занятии об обмене билирубина в организме.

«Эритроциты живут 100–120 дней и разрушаются в селезенке, которая является «кладбищем эритроцитов», из них вылетают ангелочки — не прямые (не связанные, не конъюгированные) билирубины.

Радуюсь свободе, билирубины видят речку и лодку у берега, бегут к ней, садятся и плывут, но вдруг на их пути встают рыцари (альбумины), которые спрашивают: «Кто они? Откуда и куда путь держат?»

Непрямые билирубины, ответив на вопросы, пытаются продолжить путешествие, считая себя свободными, но рыцари (альбумины) их разочаровывают, объясняя им, что они не свободны в решении своей судьбы, а должны подчиниться им: остаться в виде памятников в селезенке или вступить в брак с глюкомуновыми кислотами.

Подумали непрямые билирубины над своей судьбой и решили отказаться от возвращения в селезенку и стать памятниками, так как длительное время уже были в эритроцитах и больше не хотели себе такой судьбы, и согласились вступить в брак, не зная, что это такое, решили испытать судьбу.

Рыцари (альбумины) доставили непрямые билирубины в печень (гарем), где Мадам (глюкуроновая кислота) встретила их радушно.

Узнав о цели приезда, познакомила женихов (непрямых билирубинов) с невестами (глюкуроновыми кислотами). Они выбрали себе спутниц жизни, прозвучал марш Мендельсона, их брак был зарегистрирован под фамилией прямой (связанный, конъюгированный) билирубин.

Молодожены в составе свиты (желчи) отправились в свадебное путешествие в желчный пузырь, а затем на постоянное место жительства в свой замок в ДПК, где у них родился сын — свободный билирубин.

Повзрослев, свободный билирубин женился на микробной флоре и покинул отчий дом. У него родились сыновья: стеркобилиноген и близнецы — уробилиногены.

По-разному сложились судьбы детей свободного билирубина:

- стеркобилиноген стал жить в своем замке — в толстой кишке — и, периодически превращаясь в стеркобинин, окрашивает кал в коричневый цвет;

- близнецы — уробилиногены:

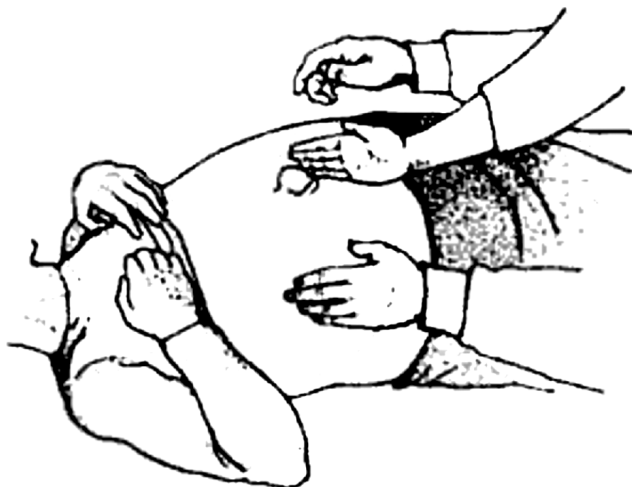
- один живет в замке (почках), периодически превращаясь в уробилин и окрашивая мочу в соломенно-желтый цвет;

- другой, не захотев трудиться, возвратился в печень, где, прожив в одиночестве, умер.

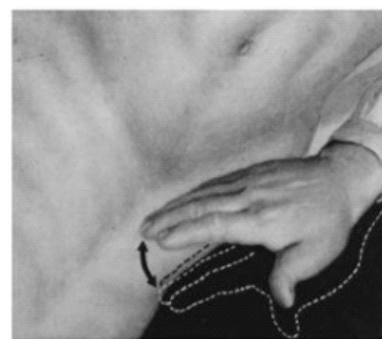
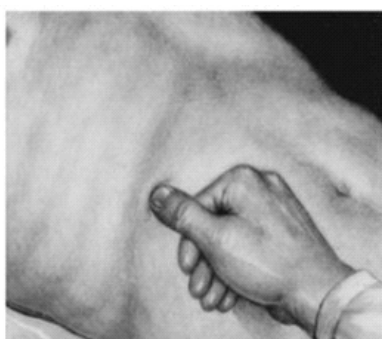
ЗАДАНИЕ № 4. Какие отклонения от нормы можно обнаружить при общем осмотре больного с патологией печени и органов желчевыделения?



ЗАДАНИЕ № 5. Что такое метод флюктуации, с какой целью он применяется?



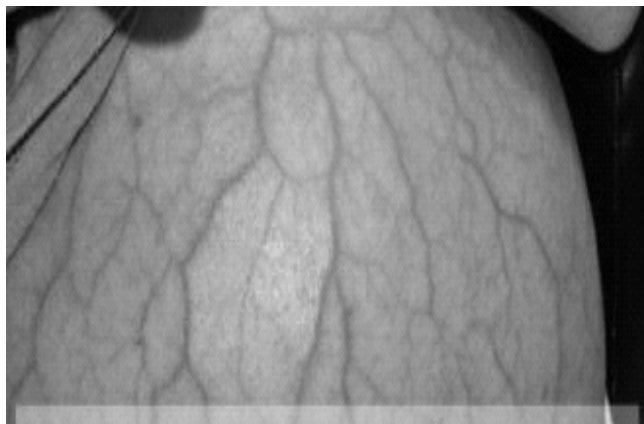
ЗАДАНИЕ № 6. Какие существуют желчно-пузырные симптомы, техника их определения?



ЗАДАНИЕ № 7. Каковы клинические проявления синдрома желтухи и дифференциально-диагностические признаки желтух различного происхождения?



ЗАДАНИЕ № 8. Каковы причины, механизмы развития и симптомы портальной гипертензии? Какой симптом представлен на рисунке?



ЗАДАНИЕ № 9. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. У больной живот резко увеличен в размерах, при вертикальном положении несколько отвисший, наблюдается выпячивание пупка, в лежачем положении живот распластан, фланки выбухают, кожа передней брюшной стенки блестящая, видна сеть расширенных сосудов около пупка. Перкуторный звук над фланками тупой.

1. Какие области живота называются фланками?
2. Какова причина увеличения живота у больного? Обоснуйте.
3. Какие еще причины равномерного увеличения живота вам известны?

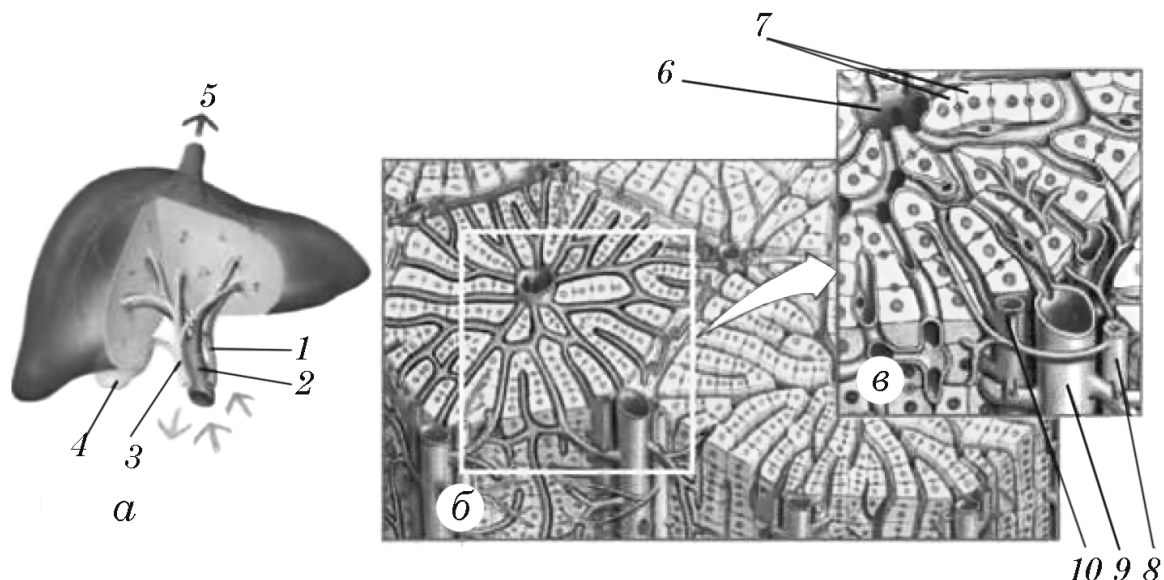
Задача 2. Больную беспокоят резкие боли в области правого подреберья, отдающие в правое плечо, появившиеся после употребления жареной жирной пищи, тошнота, рвота. Объективно: не находит себе места от боли, склеры и кожа зеленовато-желтого цвета, при пальпации болезненность и напряжение мышц живота в области пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота, положительные симптомы Ортнера, Кера.

1. Какому органу соответствуют топографические ориентиры области болезненности и напряжения мышц живота у больного?
2. В чем проявляются и о чем свидетельствуют симптомы Ортнера, Кера?
3. Какова вероятная причина желтухи у больного?
4. Как называется болевой синдром у больного?

Задача 3. Больной, страдающий циррозом печени, жалуется на увеличение живота, слабость, диспептические расстройства. Объективно: при осмотре живота определяется симптом «головы медузы», выявляются асцит, увеличение печени и селезенки.

1. Какой синдром предполагаете?
2. Какое опасное осложнение может развиваться у больного?

ЗАДАНИЕ № 10. Расскажите о дольковой структуре печени.



ЗАДАНИЕ № 11. Выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Наиболее характерными жалобами при патологии гепатобилиарной системы являются:

- а) тошнота, головная боль;
- б) желтуха, боль в правом подреберье;
- в) слабость, недомогание;
- г) метеоризм, поносы.

2. Печеночная колика наблюдается при:

- а) желчнокаменной болезни;
- б) хроническом гепатите;
- в) остром панкреатите;
- г) циррозе печени.

3. Приступ печеночной колики обычно возникает:

- а) натощак;
- б) после обильного питья;
- в) после приема жирной жареной пищи;
- г) после горячей ванны.

4. Иррадиация боли из правого подреберья в правое плечо и лопатку объясняется:

- а) гуморальным фактором;
- б) поражением легких;
- в) раздражением межреберных нервов справа;
- г) раздражением диафрагмального нерва.

5. При гепатите развивается желтуха:

- а) паренхиматозная;
- б) механическая;

- в) гемолитическая;
- г) ложная.

6. Упорный кожный зуд чаще бывает при желтухе:

- а) паренхиматозной;
- б) механической;
- в) гемолитической;
- г) ложной.

7. Моча «цвета пива» встречается при:

- а) болезнях почек;
- б) заболеваниях желчного пузыря;
- в) печеночной желтухе;
- г) экзогенной желтухе.

8. Развитию заболеваний печени **не** способствуют факторы:

- а) употребление алкоголя;
- б) частые переохлаждения, сквозняки;
- в) перенесенный вирусный гепатит;
- г) лечение нестероидными противовоспалительными препаратами.

9. Розовые ладони можно обнаружить при осмотре больного с заболеванием:

- а) желчного пузыря;
- б) печени;
- в) желудка;
- г) поджелудочной железы.

10. Наличие жидкости в брюшной полости выявляется методом:

- а) баллотирования;
- б) суккусии;
- в) аускультативной аффрикции;
- г) флюктуации.

11. При осмотре маркером цирроза печени **не** являются:

- а) «сосудистые звездочки»;
- б) «печеночные ладони»;
- в) увеличение живота вследствие асцита;
- г) увеличение лимфатических узлов.

12. Нижняя граница печени в норме по правой среднеключичной линии определяется:

- а) у края реберной дуги;
- б) на 2 см выше реберной дуги;
- в) на 2 см ниже реберной дуги;
- г) на 4 см ниже реберной дуги.

13. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге — это положительный симптом:

- а) Кера;
- б) Ортнера;
- в) Мерфи;
- г) Мюсси.

14. Норма общего билирубина в сыворотке крови (мкмоль/л):

- а) 8,6–30,5;
- б) 0–5,1;
- в) 8,5–20,5;
- г) 0–12.

15. Перед дуоденальным зондированием очистительная клизма:

- а) не ставится;
- б) ставится утром;
- в) ставится вечером;
- г) ставится утром и вечером.

16. При подготовке к УЗИ печени необходимо:

- а) поставить очистительную клизму;
- б) промыть желудок;
- в) проводить исследование натощак;
- г) ввести обезболивающие лекарственные средства.

17. Синдром портальной гипертензии объясняется застоем крови в:

- а) системе воротной вены;
- б) большом круге кровообращения;
- в) малом круге кровообращения;
- г) желчном пузыре.

18. Признаком портальной гипертензии **не** является:

- а) отрыжка «тухлым яйцом»;
- б) расширение вен передней брюшной стенки;
- в) пищеводные кровотечения;
- г) геморроидальные кровотечения.

19. Симптом портальной гипертензии:

- а) головная боль;
- б) желтуха;
- в) кожный зуд;
- г) асцит.

20. При печеночной недостаточности **не** наблюдаются:

- а) нервно-психические расстройства;
- б) кровоизлияния;
- в) диспептические явления;
- г) снижение температуры тела.

21. Признак печеночной комы:

- а) мягкие глазные яблоки, запах ацетона изо рта;
- б) желтуха, запах сырой печени изо рта;
- в) сухость кожи, запах аммиака;
- г) влажность кожи, запах алкоголя.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

Цели занятия. Обучающиеся должны
знать:

- анатомо-физиологические данные системы мочеотделения;
- симптомы и синдромы заболеваний почек;
- схему проведения расспроса и обследования пациента;
- правила забора мочи на общий анализ, по методу Нечипоренко, для пробы по Зимницкому;
- патологические изменения в общем анализе мочи;
- методы рентгенологического исследования почек и мочевыводящих путей, правила подготовки пациентов к исследованию;
- оценку пробы по Зимницкому;

уметь:

- при расспросе выявить симптомы и синдромы заболеваний системы мочеотделения;
- тщательно собрать анамнез;
- провести объективное обследование пациента;
- пропальпировать почки в положении пациента лежа и стоя;
- оценить симптом Пастернацкого;
- определить по рентгенограммам метод исследования;
- различать радиоизотопный и ультразвуковой метод исследования.

ЗАДАНИЕ № 1. Какие жалобы могут предъявлять больные с заболеваниями почек и органов мочевого выделения?

Каковы причины болей и их характеристика при заболеваниях органов мочевого выделения?

Какие могут наблюдаться нарушения диуреза, их причина?

ЗАДАНИЕ № 2. Какие отклонения от нормы можно обнаружить при общем осмотре больного с патологией органов мочевого выделения?



ЗАДАНИЕ № 3. Перечислите дополнительные методы обследования пациентов с патологией почек.

ЗАДАНИЕ № 4. Какой метод обследования представлен на рисунке? Расскажите, как он проводится.



ЗАДАНИЕ № 5. Дайте определение следующим понятиям.

Диурез — _____

Анурия — _____

Пиурия — _____

Никтурия — _____

Гипоизостенурия — _____

Гематурия — _____

Протеинурия — _____

Почечная колика — _____

Ишурия — _____

Дизурия — _____

Странгурия — _____

Паллакиурия — _____

Олигурия — _____

Почечная недостаточность — _____

ЗАДАНИЕ № 6. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. Больной жалуется на «раздирающую» боль в поясничной области слева. Боли возникли внезапно после подъема тяжестей. Объективно: больной мечется, стонет от боли, симптом Пастернацкого резко положительный слева.

1. Какой синдром предполагаете у больного?
2. Какие вопросы зададите больному для подтверждения своего предположения?
3. Какие характерные изменения могут быть обнаружены в общем анализе мочи?

Задача 2. Больной жалуется на резкую слабость, сонливость, нарастающую головную боль, ухудшение зрения. Эти жалобы появились через неделю после перенесенной ангины. Резко уменьшилось количество мочи, которая имела вид мясных помоев. При осмотре кожные покровы бледные, отек лица и голеней. Температура 37,7°C. АД 200/100 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

1. Какие почечные синдромы выражены у больного?
2. Какой патологический процесс предполагаете у больного?
3. Чем объясняется нарастающая головная боль и сонливость?
4. Какой синдром может развиваться у больного?

Задача 3. Больной жалуется на головные боли, слабость, тошноту, потерю аппетита, кожный зуд. Из анамнеза: врожденная аномалия развития мочеточников (от операции отказался), хронический пиелонефрит в течение 15 лет. Объективно: веки отечны, кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, изо рта запах аммиака. АД 180/100 мм рт. ст.

1. Какой синдром предполагаете у больного?
2. Какими исследованиями можно подтвердить предположение?

ЗАДАНИЕ № 7. Какова техника постановки и оценки функциональной пробы Зимницкого?



АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 1

Порция	Дата	Время	Количество, мл	Удельный вес	Диурез
1	15.08	9.00	100	1030	
2		12.00	150	1020	
3		15.00	200	1016	
4		18.00	250	1020	ДД = 700 мл
5		21.00	150	1018	
6		24.00	100	1018	
7	16.08	3.00	70	1020	
8		6.00	180	1030	НД = 500 мл СД = 1200 мл

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 2

Порция	Дата	Время	Количество, мл	Удельный вес	Диурез
1	18.04	9.00	250	1035	
2		12.00	300	1040	
3		15.00	350	1040	
4		18.00	400	1040	ДД = 1300 мл

Продолжение табл.

Порция	Дата	Время	Количество, мл	Удельный вес	Диурез
5		21.00	350	1035	
6		24.00	200	1035	
7	19.04	3.00	300	1040	
8		6.00	500	1040	НД = 1350 мл СД = 2650 мл

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 3

Порция	Дата	Время	Количество, мл	Удельный вес	Диурез
1	18.04	9.00	100	1016	
2		12.00	70	1008	
3		15.00	80	1018	
4		18.00	100	1020	ДД = 350 мл
5		21.00	400	1016	
6		24.00	300	1018	
7	19.04	3.00	350	1010	
8		6.00	400	1016	НД = 1450 мл СД = 1800 мл

ЗАДАНИЕ № 8. Выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Тупые, ноющие боли в поясничной области наблюдаются при:

- а) приступе почечной колики;
- б) воспалительном процессе в почках;
- в) заболевании мочевого пузыря;
- г) уретрите.

2. Приступ сильной боли с иррадиацией по ходу мочеточника наблюдается при:

- а) цистите;
- б) гломерулонефрите;
- в) пиелонефрите;
- г) мочекаменной болезни.

3. Частые позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества мочи — это:

- а) анурия;
- б) дизурия;
- в) олигоурия;
- г) поллакиурия.

4. Частое болезненное мочеиспускание — это:

- а) анурия;
- б) дизурия;

- в) олигоурия;
- г) поллакиурия.

5. Суточный диурез равен 2,5 л. Это:

- а) анурия;
- б) никтурия;
- в) олигоурия;
- г) полиурия.

6. Суточный диурез составляет 40 мл. Это:

- а) анурия;
- б) никтурия;
- в) олигоурия;
- г) полиурия.

7. Моча цвета «мясных помоев» обусловлена содержанием большого количества:

- а) белка;
- б) бактерий;
- в) лейкоцитов;
- г) эритроцитов.

8. Отеки почечного происхождения появляются вначале:

- а) на стопах, голених;
- б) в поясничной области;
- в) в полостях;
- г) на лице.

9. Методом перкуссии почки выявляются:

- а) при их воспалении;
- б) при их увеличении;
- в) при их опущении;
- г) у здоровых людей.

10. Симптом Пастернацкого выявляется методом:

- а) аускультации;
- б) осмотра;
- в) пальпации;
- г) поколачивания.

11. При поколачивании в области почек определяются их:

- а) размеры;
- б) болезненность;
- в) подвижность;
- г) место расположения.

12. Порядок обследования мочевого пузыря:

- а) пальпация, перкуссия;
- б) перкуссия, анализ мочи;
- в) перкуссия, пальпация;
- г) анализ мочи, пальпация.

13. Рентгенологическое контрастное исследование почек и мочевыводящих путей — это:

- а) ирригоскопия;
- б) томография;
- в) хромоцистоскопия;
- г) экскреторная урография.

14. Лейкоцитурия, бактериурия при исследовании мочи — признак:

- а) мочекаменной болезни;
- б) поражение клубочковой почек;
- в) воспаление в почках и мочевыводящих путях;
- г) почечной недостаточности.

15. Оцените пробу Зимницкого: дневной диурез — 300 мл, ночной диурез — 300 мл, колебания относительной плотности мочи — 1009–1012, количество выпитой за сутки жидкости — 1200 мл:

- а) норма;
- б) нарушение выделительной функции почек;
- в) нарушение концентрационной функции почек;
- г) нарушение выделительной и концентрационной функции почек.

16. Синдром почечной колики чаще всего развивается при:

- а) пиелонефрите;
- б) цистите;
- в) мочекаменной болезни;
- г) опущении почки.

17. При почечной колике боль иррадиирует:

- а) в паховую область;
- б) в плечо;
- в) в надключичную область;
- г) под лопатку.

18. Клиническими проявлениями почечной артериальной гипертензии **не** являются:

- а) головная боль, напряженный пульс;
- б) одышка, расширение границ сердца влево;
- в) частые обмороки, акцент II тона над легочной артерией;
- г) боли в области сердца, акцент II тона над аортой.

19. Главное проявление почечной эклампсии:

- а) слабость;
- б) головная боль;
- в) судороги;
- г) отеки.

20. При ХПН наблюдаются:

- а) тахикардия, экзофтальм;
- б) снижение температуры и АД;
- в) тошнота, рвота;
- г) рези при мочеиспускании, боли в животе.

21. При ХПН в почках происходит:

- а) атрофия канальцев;
- б) воспаление канальцев;

- в) атрофия клубочков;
- г) воспаление клубочков.

22. При ХПН в анализе крови отмечается:

- а) увеличение белка;
- б) увеличение креатинина;
- в) уменьшение креатинина;
- г) уменьшение холестерина.

23. При начальной стадии ХПН развиваются:

- а) полиурия, гипоизостенурия;
- б) макрогематурия, цилиндрурия;
- в) лейкоцитурия, бактериурия;
- г) полиурия, глюкозурия.

24. Азотистые шлаки — это:

- а) альбумины, глобулины;
- б) билирубин, холестерин;
- в) креатинин, мочевины;
- г) глюкоза, липопротеиды.

25. Повышение азотистых шлаков в крови — это:

- а) гиперпротеинемия;
- б) гиперлипидемия;
- в) гипербилирубинемия;
- г) уремия.

26. При уремической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

- а) аммиака;
- б) алкоголя;
- в) ацетона;
- г) тухлого яйца.

ЗАДАНИЕ № 9. Расскажите о рентгенологических методах исследования мочевыделительной системы. Какой метод исследования представлен на рисунке?



ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 6

Тема 1

«МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ, ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ»

Цели занятия. Обучающиеся должны
знать:

- анатомо-физиологические данные системы крови;
- субъективные и объективные симптомы заболеваний системы крови;
- схему кроветворения;
- состав крови и нормативные показатели ее;
- технику определения лейкоцитов и СОЭ;
- показатели коагулограммы и их значение;
- рентгенологический и радиоизотопный методы исследования системы

крови;

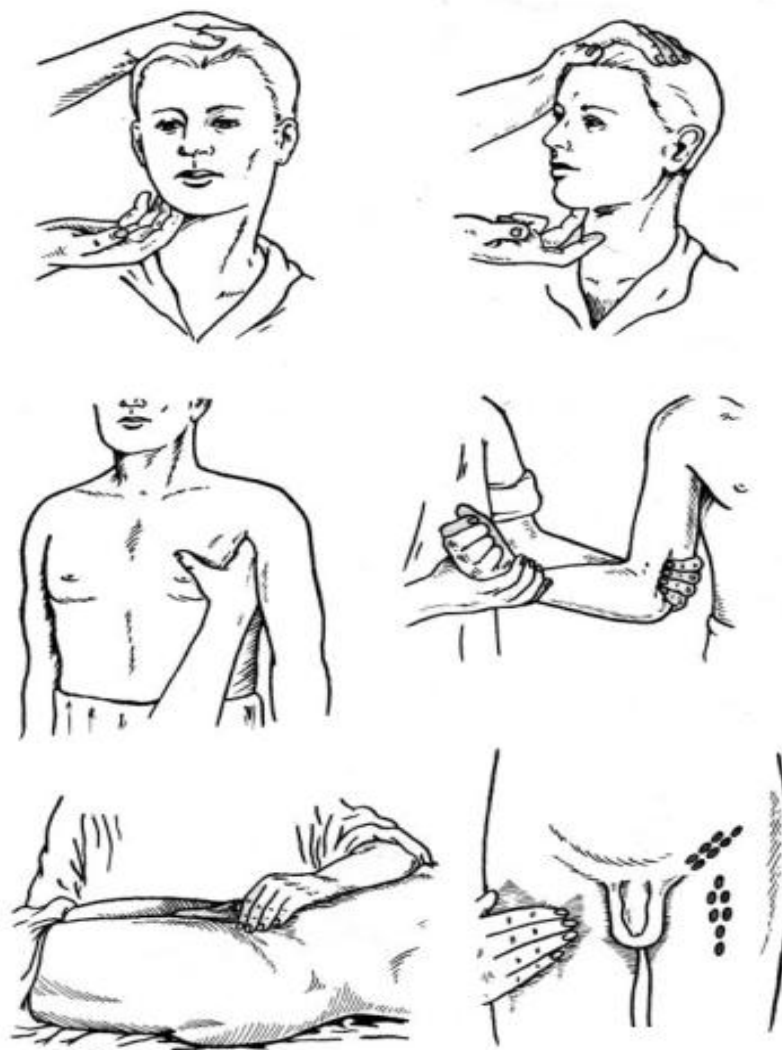
уметь:

- взять кровь из пальца;
- оценить общий анализ крови и коагулограмму;
- выполнить пальпацию периферических лимфатических узлов и селезенки;
- методом расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии выявить симптомы заболеваний крови у пациента;
- выполнить друг на друге симптом жгута, щипка.

ЗАДАНИЕ № 1. Рассмотрите схему кроветворения. Расскажите, что такое ретикулоцит? Его функция. Какие лейкоциты относятся к гранулоцитам? Какую функцию выполняют тромбоциты?

ЗАДАНИЕ № 2. Какие группы заболеваний крови выделяют? Их особенности. Какие жалобы чаще всего предъявляют больные с патологией системы крови?

ЗАДАНИЕ № 3. Какова методика и диагностическое значение пальпации лимфатических узлов, костей, селезенки, печени?



ЗАДАНИЕ № 4. Какие дополнительные исследования применяются при диагностике заболеваний крови? Что такое цветовой показатель? Норма гемоглобина и эритроцитов в периферической крови. Что такое лейкоцитарная формула? Нормативные показатели лейкоцитарной формулы, ее сдвиги, их значение в диагностике гематологической патологии.

ЗАДАНИЕ № 5. Какие патологические изменения эритроцитов, гемоглобина и цветового коэффициента наблюдаются при анемиях? Каково диагностическое значение ретикулоцитоза?

ЗАДАНИЕ № 6. Выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Жалобы больных с заболеваниями системы крови:

- а) кожный зуд, мелена;
- б) лихорадка, кашель;
- в) жжения языка, похудание;
- г) извращение вкуса, артериальная гипертензия.

2. Боли в костях при заболеваниях крови возникают в результате:

- а) гипоксии тканей;
- б) трофических нарушений;
- в) гиперплазии костного мозга;
- г) воспалительного процесса.

3. Причиной заболеваний крови может быть:

- а) ионизирующая радиация;
- б) бактерии;
- в) переедание;
- г) стресс.

4. Розовый язык со сглаженными сосочками бывает при:

- а) лейкозах;
- б) кровопотере;
- в) гемофилии;
- г) В₁₂-дефицитной анемии.

5. Некротическая ангина наблюдается у больных:

- а) после кровотечения;
- б) при остром лейкозе;
- в) при усиленном гемолизе;
- г) при дефиците железа в организме.

6. Характеристика увеличенных лимфоузлов при заболеваниях крови:

- а) болезненные, мягкие, кожа над ними горячая, гиперемирована;
- б) болезненные, плотные, образуют пакеты, нагнаиваются;
- в) безболезненные, плотные, бугристые, неподвижные;
- г) безболезненные, не спаянные между собой, подвижные.

7. Положение больного при пальпации селезенки:

- а) лежа на левом боку;
- б) лежа на правом боку;
- в) стоя;
- г) сидя.

8. В норме селезенка:

- а) пальпируется у края реберной дуги;
- б) пальпируется в поясничной области слева;
- в) пальпируется в области левого фланка;
- г) не пальпируется.

9. Пойкилоцитозом называется изменение эритроцитов по:

- а) величине;
- б) форме;

- в) окраске;
- г) подвижности.

10. Увеличение цветового показателя наблюдается при анемии:

- а) гемолитической;
- б) постгеморрагической;
- в) железодефицитной;
- г) В₁₂-дефицитной.

11. Лейкоцитоз — это количество лейкоцитов в 1 л:

- а) меньше 4×10^9 ;
- б) $4-8 \times 10^9$;
- в) больше 9×10^9 ;
- г) больше 7×10^9 .

12. Время свертывания увеличивается при:

- а) недостаточности плазменных факторов свертывания;
- б) тромбоцитопении;
- в) ломкости сосудистой стенки;
- г) недостаточности всех компонентов гемостаза.

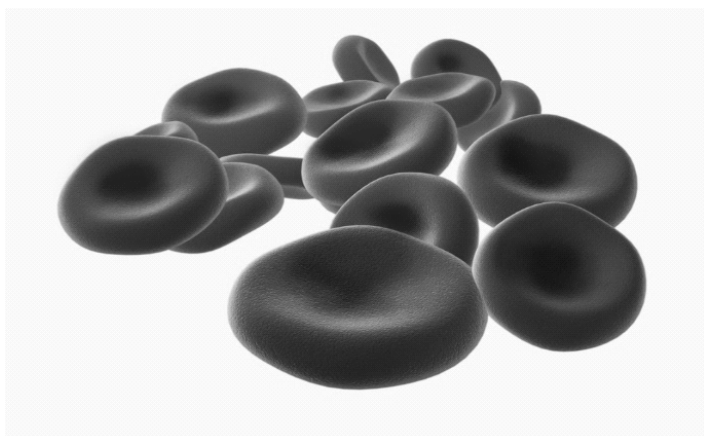
13. При диагностике лейкоза проводится пункция:

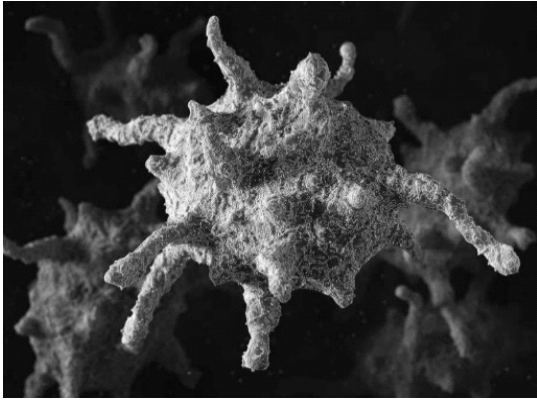
- а) плевральная;
- б) абдоминальная;
- в) стеральная;
- г) спинного мозга.

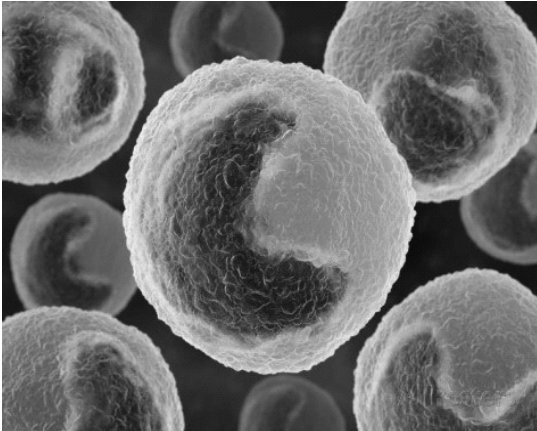
14. В диагностике геморрагических диатезов важное значение имеет изучение:

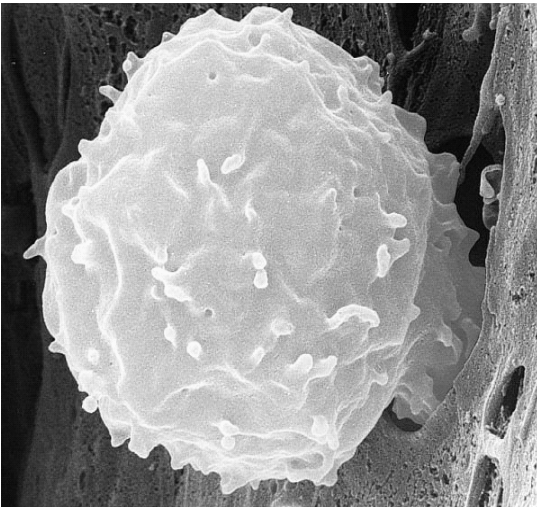
- а) лейкограммы;
- б) коагулограммы;
- в) копрограммы;
- г) рентгенограммы костей черепа.

ЗАДАНИЕ № 7. Назовите клетки крови и их функции.











ЗАДАНИЕ № 8. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. Больная жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40°C, носовое кровотечение. Заболела неделю назад. Причину указать не может.

Объективно: температура 39,5°C. Общее состояние тяжелое. Кожа горячая при пальпации, на груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Из рта гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены, с гнойным налетом. Отмечается болезненность в области грудины при поколачивании. Дыхание везикулярное. Перкуторный звук легочный. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный в верхней половине. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги, размеры ее при перкуссии 8×15 см.

1. Определите ведущий синдром.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения предположения?
3. Какие изменения могут быть выявлены в ОАК?

Задача 2. Больная жалуется на слабость, головокружение, сердцебиение при подъеме на 2-й этаж, выпадение волос, извращение вкуса (ест уголь, мел), отсутствие аппетита. Страдает запорами, отмечает примесь крови в кале. Находится в послеродовом отпуске — ребенку 6 месяцев, кормит грудью.

Объективно: кожа бледная, сухая; волосы тусклые, секущиеся, ногти ломкие, ЧСС 90 в мин (при нагрузке), ЧДД 20 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. (рабочее АД 120/70 мм рт. ст.), тоны сердца приглушены.

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Какое заболевание предполагаете, обоснуйте?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача 3. Больной предъявляет жалобы на слабость, головокружение, утомляемость, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, жжение языка, чувство ползания мурашек, онемения в конечностях, чувство тяжести в эпигастрии, поносы.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком, температура 37,2°C. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 84 уд./мин, ритмичный. АД 100/80 мм рт. ст. Язык малиновый, гладкий; живот при пальпации мягкий, чувствителен в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5–2 см, край печени гладкий, эластичный, безболезненный. ОАК: эритроциты $1,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 60 г/л, цветовой показатель 1,5, лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$, СОЭ 38 мм/ч. В мазке: пойкилоцитоз, выраженный анизоцитоз с преобладанием макроцитов, мегалобластов.

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Оцените ОАК.

3. Каково ваше мнение о заболевании?

4. Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза?

Задача 4. Больная обратилась с жалобами на кровоизлияния на коже, возникающие при незначительных механических воздействиях, частые носовые кровотечения. Считает, что заболела после перенесенного месяц назад «на ногах» гриппа.

Объективно: множественные кровоизлияния разных размеров и окраски на коже. Симптом Кончаловского положительный.

1. Определите ведущий синдром.

2. Что означает положительный симптом Кончаловского?

3. Какие дополнительные исследования требуются для подтверждения диагноза?

ЗАДАНИЕ № 9. Термины при заболеваниях крови.

Анемия — _____

Гематокрит — _____

Цветовой показатель — _____

Мегалобласт — _____

Пойкилоцитоз — _____

Анизоцитоз — _____

Анизохромия — _____

Гипохромия — _____

Микросфероцитоз — _____

Лимфопения — _____

Тема 2

«МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ»

Цели занятия. Обучающиеся должны

знать:

- анатомо-физиологические основы эндокринной системы;
- симптомы и синдромы в патологии эндокринной системы и их характеристику;
- лабораторные методы исследования;
- роль исследования основного обмена в диагностике заболеваний эндокринной системы;
- суть радиоизотопного, ультразвукового и рентгенологического метода исследования;

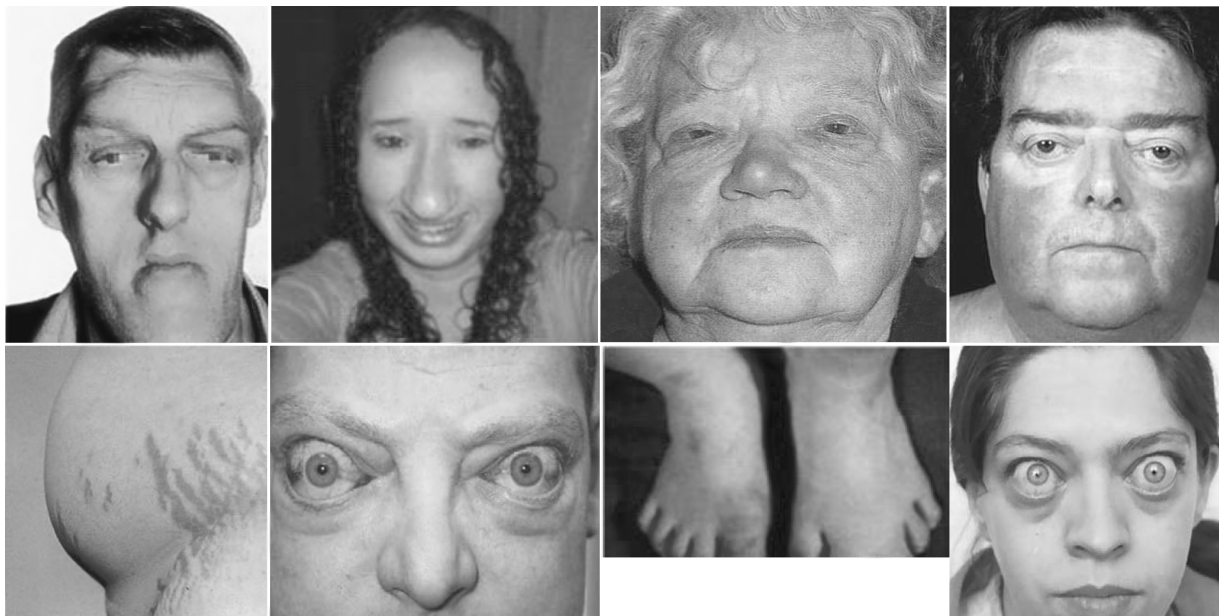
уметь:

- провести расспрос пациента по выявлению симптомов и синдромов при заболеваниях эндокринной системы;
- характеризовать каждую жалобу;
- пропальпировать щитовидную железу;
- измерить и оценить температуру тела;
- измерить и оценить артериальное давление;
- оценить биохимический анализ крови.

ЗАДАНИЕ № 1. Какие железы внутренней секреции вы знаете? Расскажите о гормонах, вырабатываемых данными железами.

ЗАДАНИЕ № 2. Перечислите основные жалобы пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

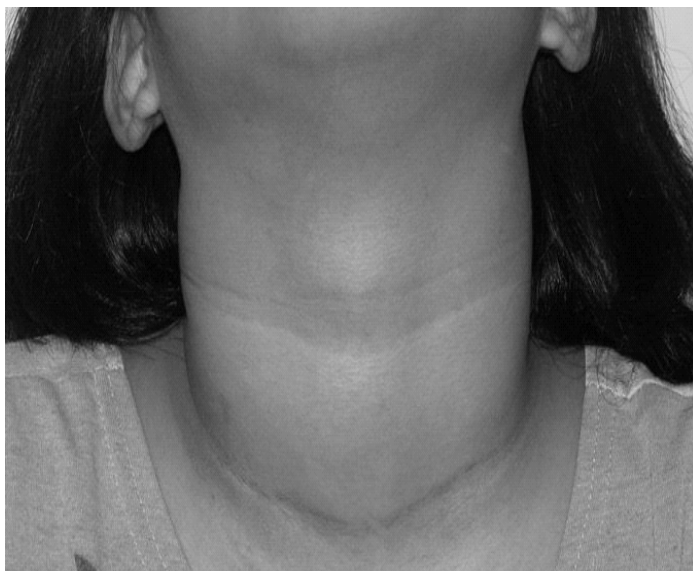
ЗАДАНИЕ № 3. Как внешний облик больного и особенности его поведения помогают в диагностике эндокринных заболеваний?



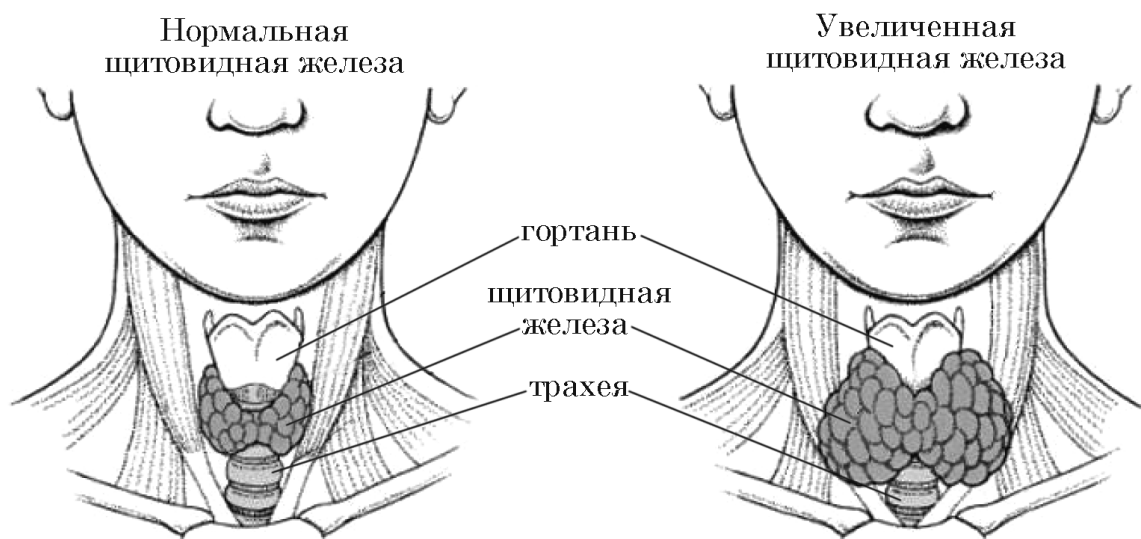
ЗАДАНИЕ № 4. Какие вам известны «глазные» симптомы, их значение в диагностике заболеваний щитовидной железы?



ЗАДАНИЕ № 5. Какова техника пальпации щитовидной железы? Каковы пальпаторные свойства щитовидной железы в норме и при патологии?



Какие выделяют степени увеличения щитовидной железы?



ЗАДАНИЕ № 6. Выполните тестовые задания. Выберите правильный вариант ответа.

1. Эмоциональная лабильность, потливость, похудание — жалобы, характерные для:

- а) гипотиреоза;
- б) тиреотоксикоза;
- в) сахарного диабета;
- г) гиперфункции коры надпочечников.

2. Жалобы на снижение памяти, зябкость, увеличение массы тела наблюдается при:

- а) гипотиреозе;
- б) диффузном токсическом зобе;
- в) сахарном диабете;
- г) недостаточности надпочечников.

3. Жажда, полиурия, кожный зуд — признаки:

- а) гипотиреоза;
- б) диффузного токсического зоба;
- в) сахарного диабета;
- г) эндемического зоба.

4. У людей, проживающих в местностях с недостатком йода в почве и воде, может развиваться:

- а) акромегалия;
- б) диффузный токсический зоб;
- в) сахарный диабет;
- г) эндемический зоб.

5. Усиленная пигментация кожи отмечается при гипофункции:

- а) щитовидной железы;
- б) гипофиза;
- в) надпочечников;
- г) поджелудочной железы.

6. Изменения роста и пропорций тела **не** являются признаком поражения:

- а) гипофиза;
- б) щитовидной железы;
- в) половых желез;
- г) поджелудочной железы.

7. Изменение типа оволосения не связано с заболеваниями:

- а) надпочечников;
- б) гипофиза;
- в) половых желез;
- г) поджелудочной железы.

8. «Лунообразное лицо» характерно для:

- а) недостаточности эндокринной функции pancreas;
- б) гиперфункции коры надпочечников;
- в) тиреотоксикоза;
- г) гипотиреоза.

9. Экзофтальм наблюдается при патологии:

- а) гипофиза;
- б) надпочечников;
- в) паращитовидных желез;
- г) щитовидной железы.

10. Для подтверждения патологии гипофиза следует провести:

- а) антропометрию;
- б) общий анализ крови;

- в) общий анализ мочи;
- г) рентгенографию костей черепа.

11. При диагностике болезней щитовидной железы важное значение имеет:

- а) общий анализ крови;
- б) общий анализ мочи;
- в) ультразвуковое исследование;
- г) рентгенологическое исследование.

12. Содержание в крови гормонов ТЗ, Т4, ТТГ определяется при подозрении на:

- а) гипотиреоз;
- б) сахарный диабет;
- в) гигантизм;
- г) акромегалию.

13. При сахарном диабете в анализе крови отмечается:

- а) гиперпротеинемия;
- б) гипопропротеинемия;
- в) гипергликемия;
- г) гипогликемия.

14. Для синдрома гипергликемии характерны:

- а) отеки;
- б) олигоурия;
- в) низкая относительная плотность мочи;
- г) высокая относительная плотность мочи.

15. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

- а) алкоголя;
- б) аммиака;
- в) ацетона;
- г) нет запаха.

16. Для оказания неотложной помощи при гипогликемическом состоянии применяют:

- а) глюкозу;
- б) спазмолитики;
- в) инсулин;
- г) мочегонные средства.

17. При тиреотоксикозе **не** отмечается:

- а) тахикардия;
- б) «глазные симптомы»;
- в) запоры;
- г) повышение температуры тела.

18. Для синдрома гипотиреозидизма **не** характерны:

- а) плотные отеки;
- б) влажная кожа;

- в) грубый голос;
- г) выпадение волос.

19. Клинические симптомы гиперкортицизма:

- а) полидипсия, полиурия;
- б) брадикардия, сонливость;
- в) тахикардия, экзофтальм;
- г) стрии на коже живота, гипертензия.

ЗАДАНИЕ № 7. Решите ситуационные задачи.

Задача 1. Больная жалуется на слабость, сонливость, снижение памяти, увеличения массы тела, запоры, выпадение волос, которые стали беспокоить после наступления климакса.

При осмотре заторможена, лицо одутловатое, амимичное; голос осиплый, речь невнятная; волосы ломкие, тусклые; кожа сухая, холодная. Пульс 54 уд./мин, АД 100/70 мм рт. ст.

1. О какой патологии можно думать?
2. Какие симптомы предполагаемой патологии можно выявить при аускультации и термометрии?
3. Какие инструментальные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 2. Больной предъявляет жалобы на раздражительность, невозможность сконцентрировать внимание, постоянную потливость и чувство жара, дрожание рук, приведшее к изменению почерка, прогрессирующее похудание, несмотря на хороший аппетит. Вызывает беспокойство половая слабость. Появилось выпячивание глаз, слезотечение.

При осмотре больной совершает много лишних движений, на лице выражение ужаса, экзофтальм, заметно утолщение шеи за счет увеличенной щитовидной железы. Кожные покровы влажные, теплые, гиперемированы. Щитовидная железа увеличена, мягкоэластической однородной консистенции.

1. Какую патологию можно подозревать?
2. Какие изменения можно выявить при термометрии и аускультации сердца?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 3. Фельдшер школы вызван в класс к мальчику 15 лет, страдающему сахарным диабетом. Со слов одноклассников, несколько минут назад он почувствовал себя плохо: пожаловался на ощущение голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание.

Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширены. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд./мин. АД – 130/90 мм рт. ст.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у больного.
2. Что в первую очередь должен предпринять фельдшер, чтобы вывести больного из этого состояния?

ЗАДАНИЕ № 8. Дайте определение следующим понятиям.

Гипотиреоз — _____

Кретинизм — _____

Эутиреоз — _____

Евнухоидизм — _____

Акромегалия — _____

Гипофиз — _____

Гипогликемия — _____

Зоб — _____

Кетоновые тела — _____

ЗАДАНИЕ № 9. Расскажите о программе обследования при сахарном диабете. Что такое глюкозотолерантный тест? Расскажите о методике его проведения.

ЗАДАНИЕ № 10. Симптомы какой патологии представлены на рисунке?



ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 7–9

МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Студента(-ки) _____ группа _____

№ п/п	Манипуляции	Оценка	Подпись
1	Субъективное обследование (расспрос) пациента		
2	Осмотр грудной клетки (форма, симметричность, тип, ритм, глубина дыхания)		
3	Пальпация грудной клетки (определение резистентности, голосового дрожания, ЧДД)		
4	Перкуссия легких (сравнительная, топографическая)		
5	Аускультация легких, бронхофония		
6	Осмотр области сердца и крупных сосудов		
7	Определение сердечного и верхушечного толчка		
8	Исследование артериального пульса		
9	Определение границ относительной тупости сердца		
10	Определение конфигурации сердца		
11	Аускультация сердца		
12	Измерение артериального давления		
13	Поверхностная пальпация живота		
14	Глубокая пальпация живота		
15	Определение наличия свободной жидкости в брюшной полости		
16	Пальпация печени		
17	Определение размеров печени по Курлову		
18	Определение симптомов Кера, Мерфи, Ортнера, Мюсси		
19	Определение симптома Пастернацкого		
20	Пальпация и перкуссия селезенки		
21	Пальпация периферических лимфатических узлов		
22	Пальпация щитовидной железы		
23	Подготовка пациента к клиническому анализу крови и его интерпретация		
24	Подготовка пациента к общему анализу мокроты и его интерпретация		
25	Подготовка пациента к общему анализу мочи и его интерпретация		

Продолжение табл.

№ п/п	Манипуляции	Оценка	Подпись
26	Подготовка пациента к анализу мочи по Зимницкому и его интерпретация		
27	Подготовка пациента к анализу кала на скрытую кровь и его интерпретация		
28	Подготовка пациента к фиброэзофагогастроскопии		
29	Подготовка пациента к колоноскопии		
30	Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости и почек		
31	Подготовка пациента к экскреторной урографии		
32	Подготовка пациента к ирригоскопии		
33	Подготовка пациента к анализу крови на глюкозу и его интерпретация		
34	Подготовка пациента к биохимическому анализу крови и его интерпретация		
35	Подготовка пациента к дуоденальному зондированию и его интерпретация		

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Боль (dolor) в грудной клетке, связанная с раздражением болевых рецепторов, которые находятся в большей части в плевре, тогда как легочная паренхима лишена болевых рецепторов.

Боль в грудной клетке может быть обусловлена поражением ребер, межреберных мышц и нервов.

Указываем локализацию и иррадиацию боли, характер, интенсивность, продолжительность, условие возникновения и купирования боли.

Кашель (tussis) — сложный рефлекторный акт защиты и самоочищения дыхательных путей от инородных тел, раздражающих веществ или мокроты.

Кашлевой акт включает три фазы:

- короткий глубокий вдох;
- напряжение дыхательных мышц при закрытой голосовой щели, которое приводит к резкому увеличению внутрилегочного давления;
- резкий короткий выдох, ведущий к удалению мокроты или инородного тела из трахеи и бронхов вместе с потоком воздуха, устремляющимся с большой скоростью наружу.

Сухой (непродуктивный) кашель без отделения мокроты наблюдается в начальной стадии воспаления слизистой бронхов и легких, при наличии в крупных бронхах очень вязкой мокроты в небольшом количестве, при поражении плевры у пожилых и ослабленных больных, у которых подавлен кашлевой рефлекс.

Продуктивный и малопродуктивный кашель характеризуется:

- отделением мокроты после двух или трех кашлевых толчков;
- сохранением силы кашлевых толчков;
- отсутствием при кашле значительного усиления объективных признаков дыхательной недостаточности (одышки и цианоза).

Мокрота (sputum) — содержимое воздухоносных путей. Уточняем количество мокроты в течение суток, ее цвет, запах, в каком положении лучше отходит мокрота и наличие включений в мокроте (кровянистые или сгустки крови).

Различают:

- **слизистую вязкую мокроту** беловатого цвета, которая характерна для начальных стадий воспаления слизистых бронхов или легочной паренхимы;
- **слизисто-гнойную вязкую мокроту** серовато-желтоватого или серовато-зеленоватого цвета, которая характерна для большинства воспалительных заболеваний бронхов и легких;
- **серозную жидкую мокроту**, которая при наличии примеси крови может иметь розоватый цвет (характерна для отека легких);
- **гнойную мокроту**, которая при стоянии образует три или два слоя (верхний слой — серозный, бесцветный, пенистый; средний — слизистый; нижний — гнойный);
- **кровохарканье (haemoptoe)** — наличие крови в мокроте, выделяемой с кашлем. Может быть небольшим в виде едва заметных прожилок в мокроте, или значительным, в виде малинового желе, примесей алой пенистой крови или темных кровяных сгустков в мокроте (ржавая мокрота) за счет распада эритроцитов и образования пигмента гемосидерина.

Одышка (dyspnoe) — объективное ощущение нехватки воздуха, часто сопровождается изменением частоты, глубины и ритма дыхательных движений. Причина одышки — раздражение дыхательного центра гиперкапнией, рефлекторным токсическим и другим воздействием.

Внешнее проявление одышки и субъективные ощущения носят различных характер, поэтому выделяют следующие варианты одышки:

- инспираторная одышка с признаками затруднения вдоха;
- экспираторная одышка с затруднением выдоха;
- смешанная одышка;
- частое поверхностное дыхание (тахипноэ);
- стридорозное дыхание;
- нарушение ритма и глубины дыхания (периодическое дыхание Чейна — Стокса, Биота, Куссмауля).

Удушье (asthma) — внезапно наступающее выраженное чувство нехватки воздуха, сопровождающееся объективными признаками дыхательной недостаточности. Удушье, связанное с патологией легких, часто обусловлено сужением просвета мелких бронхов, отмечается резкое затруднение выдоха. Больной во время приступа удушья занимает вынужденное положение: сидит, опираясь руками на колени, край кровати или стула, фиксируя плечевой пояс. Эта поза позволяет активно включить в дыхание дополнительную мускулатуру (мышцы шеи, спины, грудные, межреберные мышцы).

ОСМОТР

Вынужденное положение больного: лежа на одном боку при одностороннем поражении органов дыхания (воспаление легких, абсцесс легких), больные стараются лежать на пораженной стороне, чтобы максимально обеспечить экскурсию здорового легкого и уменьшить кашель.

При травмах грудной клетки и сухом плеврите больной прижимает руками пораженную половину грудной клетки или старается лежать на больном боку, ограничивая экскурсию поврежденных тканей при дыхании, что способствует уменьшению боли.

Цвет кожных покровов. Диффузный (центральный) цианоз, особенно заметный на лице, верхней половине туловища, конечностях, имеющий сероватый оттенок (обусловлен нарушением оксигенации крови в легких и увеличением содержания восстановленного гемоглобина). Конечности остаются теплыми. При выраженной анемии сохраняется бледность кожных покровов.

При осмотре шеи у больных с обструкцией мелких бронхов и выраженной эмфиземой легких видны набухшие шейные вены, которые обусловлены повышением внутригрудного давления.

У больных с хроническими и нагноительными заболеваниями легких выявляются утолщение концевых фаланг рук и ног (симптом барабанных палочек) с характерной деформацией ногтевых пластинок в виде часовых стекол.

Осмотр органов дыхания начинается с оценки изменения дыхания носом, внешней деформации носа. При контакте можно выявить изменение голоса (охриплость, афония). Осмотр грудной клетки включает определение формы, симметричности грудной клетки, измерение ее окружности и характеристику дыхания.

Форма грудной клетки определяется по ряду признаков: состояние над- и подключичных пространств, направление ребер, ширина межреберных промежутков, соотношение переднезаднего и бокового размеров, величина эпигастриального угла, прилегание лопаток к грудной клетке.

Физиологические формы грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая и астеническая.

Патологические изменения форм грудной клетки являются следствием легочной патологии и нарушением формирования скелета. Чаще встречаются эмфизематозная, кифосколеотическая и паралитическая формы грудной клетки.

Частота дыхания определяется по числу дыхательных движений грудной клетки или брюшной стенке в течение 1 мин. Делать это следует, не привлекая внимания больного к процедуре, поскольку дыхание может произвольно меняться. Одновременно регистрируют ритмичность дыхательных движений.

Глубина дыхания определяется по активности дыхательной мускулатуры, участвующей в дыхании, и степени подключения дополнительной дыхательной мускулатуры.

Определение дыхательной экскурсии грудной клетки осуществляется с помощью сантиметровой ленты, измеряют окружность грудной клетки сзади

на уровне угла лопаток, спереди на уровне IV ребра (у места присоединения к грудины).

Отмечают три размера:

- при спокойном дыхании;
- на высоте глубокого вдоха;
- максимального выдоха.

Разность между показателями на вдохе и выдохе определяется как экскурсия грудной клетки при дыхании.

ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Определение болезненности грудной клетки проводится в положении больного сидя или стоя. Проводят двумя руками, одновременно накладывая кончики пальцев обеих рук на симметричные участки грудной клетки: последовательно пальпируют надключичные области, ключицы, подключичные области, грудину, ребра, межреберные промежутки, затем боковые отделы грудной клетки и далее над-, меж- и подлопаточные области.

При выявлении участка болезненности его ощупывают более подробно, при этом при необходимости двумя руками (для выявления хруста отломков ребер, крепитации), отмечают изменение боли на высоте вдоха, выдоха, наклонах туловища в больную и здоровую стороны. Для дифференцирования боли, обусловленной поражением мышц грудной клетки и мышц спины, исследуют, захватывая мышцы в складку между большим и указательным пальцами.

Определение эластичности грудной клетки проводят при сдавлении ее в переднезаднем и боковом направлениях. Ладонь одной руки кладут на грудину, а другую ладонь в область межлопаточного пространства. Надавливают основанием ладоней энергичными пружинистыми движениями (1–2 раза), затем ладони располагают на симметричных участках боковых отделов грудной клетки параллельно ходу ребер и проводят сдавления в боковом направлении.

Изменение скелета при эмфизематозной форме грудной клетки приводит к формированию цилиндрической или бочкообразной форм грудной клетки.

Кифосколиотическая форма грудной клетки формируется вследствие патологических искривлений позвоночника кзади (кифоз) и в боковых направлениях (сколиоз).

Паралитическая форма грудной клетки характерна для больных туберкулезом и другими заболеваниями легких и плевры, сопровождающимися значительным сморщиванием легочной ткани.

Грудная клетка резко уплощена в переднезаднем направлении, над- и подключичное пространство западают. Межреберные промежутки сужены, лопатки крыловидно отстают от туловища, эпигастральный угол острый.

При **изменении формы грудины** в виде вдавления в нижней части грудины (грудь сапожника или воронкообразная грудная клетка) или продолговатое углубление на уровне верхней части грудины (ладьевидная грудная клетка) связано с врожденными аномалиями развития скелета.

У больных, перенесших в раннем детстве рахит, наблюдается рахитическая (килевидная) грудная клетка. Она как бы сдавлена с боков, при этом грудина резко выступает вперед (куриная грудь).

Симметричность грудной клетки оценивают при спокойном дыхании спереди и сзади при прямом и боковом освещении. Отмечают наличие выбухания или западения одной из половин грудной клетки. У здорового человека грудная клетка симметрична на вдохе и на выдохе.

Ассиметрия грудной клетки может быть обусловлена заболеваниями легких, нарушениями формирования скелета.

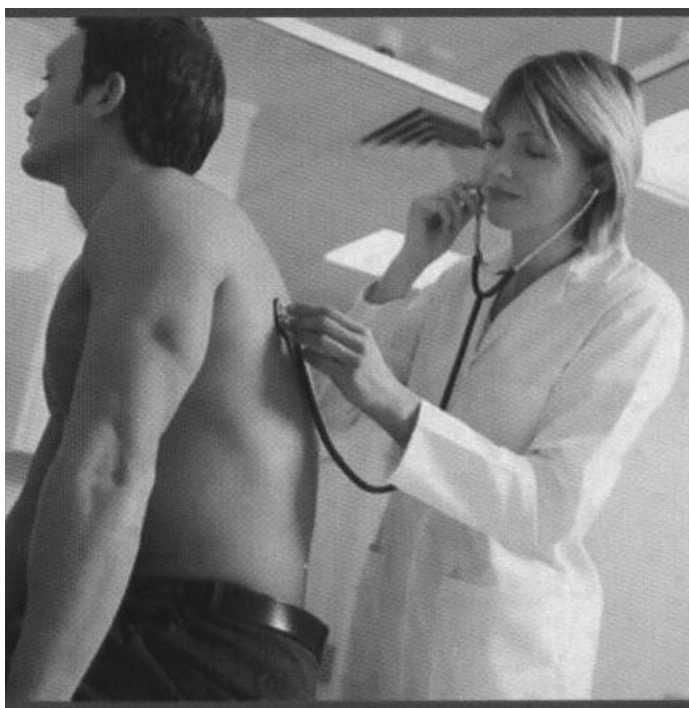
Оценка дыхания: определение типа дыхания, симметричности дыхательных движений, частоты, глубины и ритма дыхания, измерение дыхательных экскурсий грудной клетки. При необходимости отмечают соотношение вдоха и выдоха, наличие экспираторной и инспираторной или смешанной одышки.

Тип дыхания (брюшной, грудной или смешанный) определяют по активности мышц, участвующих в дыхании.

При брюшном типе дыхания дыхательные движения осуществляются преимущественно мышцами брюшного пресса и диафрагмы. Этот тип дыхания характерен для мужчин.

Грудной тип дыхания, при котором работают межреберные мышцы, характерен для женщин.

Иногда у здоровых мужчин и женщин определяется дыхание без заметного преобладания брюшного или грудного типа (смешанный тип дыхания).



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»

Основными жалобами больных сердечно-сосудистыми заболеваниями являются:

- 1) боли в области сердца;
- 2) сердцебиение;
- 3) «перебои» в работе сердца;
- 4) одышка и приступы удушья (сердечная астма);
- 5) отеки.

К **основным жалобам** у больных «сердечников» относятся жалобы, связанные с нарушением кровообращения в легких, головном мозге, брюшной полости, конечностях:

- 6) кашель и кровохарканье;
- 7) головные боли;
- 8) боли в животе и диспептические явления;
- 9) боли, онемение, судороги и слабость в конечностях;
- 10) повышение температуры тела может происходить при воспалительных процессах.

1. Боли в области сердца (кардиалгии).

При расспросе необходимо выяснить:

- **локализацию и иррадиацию** болей;
- **характер болей и их интенсивность** (сжимающие, давящие, колющие, режущие, в виде «тяжести в области сердца», «неприятных ощущений»);
- **время и условия возникновения** (при физическом и психическом перенапряжении, во время сна, еды, на холоде, в положении на левом боку);
- **продолжительность** (боли мгновенные, длящиеся в течение секунд, минут и часов, почти постоянные, разной продолжительности в различное время);
- **влияние лекарств** (нитроглицерин, валидол, успокаивающие, обезболивающие, гипотензивные средства);
- **условия уменьшения или исчезновения болей** (позы тела, прекращение физической нагрузки);

• **взаимосвязь болей с другими факторами** (одышкой, повышением АД).

Боли ишемического происхождения имеют характерные особенности:

- сжимающего, давящего или жгучего характера;
- возникают обычно во время физического или психического напряжения, при выходе из теплого помещения на холод или ветер, после обильной еды, реже во время сна;
- быстро нарастают, длятся от нескольких секунд до 20–30 мин;
- иррадиируют в левую руку, под левую лопатку, в левую половину шеи, челюсть (однако иррадиация болей может быть и атипичной);
- облегчаются приемом нитроглицерина, после прекращения физической или психической нагрузки.

Такие боли характерны для **стенокардии** (грудная жаба). При **инфаркте миокарда** они носят интенсивный характер, длятся несколько часов и не снимаются нитроглицерином.

Боли при других болезнях сердца (вегетососудистой дистонии, пороках сердца, миокардитах, перикардитах) не имеют столь характерных признаков. Они, как правило, ноющего или колющего характера, интенсивность их невелика, четкого купирующего эффекта от приема определенного лекарственного препарата не наступает.

Боли за грудиной могут наблюдаться при заболеваниях, не имеющих отношения к сердечно-сосудистой системе: болезнях легких с поражением плевры, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, заболеваниях пищевода, ребер, межреберной невралгии, миозите.



2. Сердцебиение.

Частые или сильные сокращения сердца ощущаются человеком как сердцебиение.

Сердцебиение (тахикардия) может быть следствием:

- сердечной недостаточности при различных поражениях миокарда (миокардит, инфаркт миокарда, пороки сердца);
- повышения температуры тела;

- тиреотоксикоза;
- приема некоторых лекарств (эуфиллин, эфедрин);
- здоровый человек ощущает сердцебиение при значительной физической нагрузке, сильном волнении, злоупотреблении табаком и кофе.

• **«перебои» в работе сердца** могут быть следствием различных нарушений сердечного ритма, сопровождаются чувством замирания, остановки сердца. Важно выяснить условия возникновения перебоев (после физической нагрузки, в покое, при определенных позах).

3. Одышка у кардиологических больных — один из ранних признаков сердечной недостаточности.

Одышка связана с ослаблением сократительной функции сердца, нарушением транспорта кислорода и раздражением дыхательного центра головного мозга избытком углекислоты в циркулирующей крови.

Одышка может возникнуть при физическом напряжении и даже в покое. Необходимо установить степень физического напряжения, вызывающего одышку.

Одышка, появляющаяся в виде **приступов удушья** у кардиологического больного, называется **сердечной астмой**. При этом больной принимает **положение ортопноэ** (в таком положении несколько «разгружается» малый круг кровообращения, так как кровь депонирует в нижних конечностях и удушье уменьшается или проходит). Сердечную астму следует отличать от бронхиальной астмы, вызванной сужением просвета бронхов.

4. Отеки.

При сердечно-сосудистых заболеваниях больные жалуются на отеки, которые вначале **появляются к вечеру**, а к утру исчезают; **локализуются на ногах** (в области лодыжек и на тыльной стороне стоп, затем на голених). С течением времени отеки становятся массивными, распространяются по всему телу (**анасарка**), могут сопровождаться увеличением живота (в связи с асцитом), ощущением тяжести, тупых болей в правом подреберье (следствие застойных явлений, увеличения печени). Отечная жидкость появляется и в плевральной полости (**гидроторакс**), и в полости перикарда (**гидроперикард**), что вызывает соответствующие жалобы больных.

Появление отеков у сердечного больного — **критерий явной сердечной недостаточности**, признак снижения сократительной функции правого желудочка сердца, приводящего к застою крови в большом круге кровообращения.

Однако отечность ног может быть связана и с патологией вен нижних конечностей (тромбофлебит, варикозное расширение вен).

Сердечные отеки следует отличать от отеков почечного генеза, которые начинаются обычно с лица, нижних век, появляются и усиливаются к утру.

5. Кашель и кровохарканье (помимо одышки) относятся к жалобам, связанным с нарушением кровообращения в легких.

Кашель возникает при застое крови в легких (застойный бронхит) в результате **левожелудочковой недостаточности**, когда левый желудочек ослабевает и не может принять всю кровь из малого круга кровообращения. Кашель

при этом сухой, иногда сопровождается кровохарканьем (прожилки крови в скудной мокроте).

Кровохарканье характерно и для сердечной астмы. В этом случае характерная пенная мокрота с розовым оттенком, обусловленная застойными явлениями и повышенной проницаемостью стенки сосудов. Кровохарканье часто наблюдается при митральном стенозе, инфарктах легких, инфаркте миокарда, тромбоэмболии легочной артерии.

6. Головные боли у больных сердечно-сосудистой патологией обусловлены расстройством кровообращения в системе артерий и вен, обеспечивающих приток крови к голове и ее оттоков от головы. Головные боли могут быть связаны с повышенным или пониженным АД, атеросклерозом сосудов головного мозга.

К жалобам, связанным с нарушением кровообращения в головном мозге, помимо головных болей, относятся головокружение, неустойчивость при ходьбе, «потемнение», «мелькание мушек» в глазах, нарушение сна, общая слабость, быстрая утомляемость.

7. Боли в животе, тошнота, рвота, плохой аппетит, метеоризм, расстройства стула у больных с патологией сердечно-сосудистой системы могут быть связаны с нарушением кровообращения в брюшной полости.

Боли в животе, например, могут быть обусловлены:

- **увеличением печени** (отечная печень) или асцитом, что связано со слабостью сердца;
- **сосудистыми причинами** (атеросклероз, аневризма брюшной аорты, эмболия артерий брыжейки при мерцательной аритмии или септическим эндокардите, тромбозы селезеночной и почечной артерий).

8. Боли в конечностях могут быть вызваны патологическим процессом в сосудах. Наибольшее значение имеет облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, проявлением которого является синдром перемежающейся хромоты (боли возникают во время ходьбы и исчезают после короткого отдыха, что заставляет больного периодически останавливаться).

9. Повышение температуры тела отмечается при ряде воспалительных заболеваний сердца (миокардит, эндокардит). Расспрашивая больного, уточняют, в какое время суток повышается температура, сопровождается ли ознобами, потами, как долго держится.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

Области живота



КОПРОЦИТОГРАММА В СИНДРОМАХ

Имеются в виду патологические изменения при микроскопическом исследовании.

1. **Оральный синдром** (отсутствие зубов, некачественные протезы). Обнаруживаются непереваренные и переваренные мышечные волокна, возможен жир.

2. **Гастрогенный синдром** (ахилитический гастрит). Обнаруживаются непереваренные мышечные волокна, соединительная ткань, кал жидкий и имеет кислый запах.

3. **Панкреатический синдром** (недостаточность панкреатического переваривания). В норме под действием ферментов поджелудочной железы (трипсина, липазы, амилазы) происходит окончательное переваривание белков, жиров, углеводов. При нарушении отделения ферментов обнаруживается много непереваренных мышечных волокон (**креаторея**), нейтрального жира (**стеаторея**). Кал серо-желтого цвета, мазевидной консистенции.

4. **Недостаточное отделение желчи**. Желчь эмульгирует жир перед воздействием ферментов. Недостаток желчи приводит к нарушению переваривания жиров. Кал серого цвета. Реакция на стеркобилин отрицательная. Под микроскопом: нейтральные жиры и жирные кислоты.

5. **Энтеральный синдром**. Кал жидкий, обильный с мелкими вкраплениями слизи и воздуха. Микроскопически: много эпителиальных клеток, лейкоциты (при воспалении), непереваренные мышечные волокна.

6. **Дистальный колитный синдром**. Плотный «овечий» кал, слизь на поверхности кала. Микроскопически: много лейкоцитов, эритроциты.

7. **Дистальный рак кишечника**. Форма кала лентовидная, испражнения грязного, красно-коричневого цвета. Микроскопически: эритроциты, атипичные клетки (АК).

Знание указанных синдромов облегчает процесс диагностики заболеваний органов ЖКТ.

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА

КОЛИЧЕСТВО каловых масс в сутки в норме 120–200 г.

Увеличение количества кала (полифекалия) бывает при хронических энтеритах, панкреатите, в норме при употреблении растительной пищи.

Уменьшение количества кала бывает при употреблении преимущественно белковой пищи, голодании.

КОНСИСТЕНЦИЯ кала в норме плотная, однородная; форма колбасовидная. Такой кал называется оформленным.

При патологии форма и консистенция кала меняются:

- «овечий кал» — при спастическом колите;
- жидкий кал — при энтерите;
- «мазевидный» кал — при значительном содержании жира в кале;
- лентовидный кал — при опухоли кишечника.

ЗАПАХ кала специфический, нерезкий, зависит от присутствия индола и скатола, образующихся в результате бактериального распада белковой пищи.

• Запах кала усиливается при поносах, преобладании в пище белковых продуктов;

- запах кала уменьшается при запорах;
- зловонный запах кала бывает при гнилостной диспепсии;
- кислый запах кала бывает при бродильной диспепсии.

ЦВЕТ кала в норме обычно коричневый, что обусловлено наличием в нем стеркобилина. На цвет кала могут оказывать влияние характер пищи, прием лекарственных препаратов, присутствие патологических примесей:

- дегтеобразный (черный жидкий) кал (мелена) — при кровотечении из желудка или двенадцатиперстной кишки;
- неизменная кровь в кале — при кровотечении из толстого кишечника, геморроидальных узлов;
- «ахоличный» (глинистый, серовато-белый) кал — при нарушении поступления желчи в кишечник (закупорка общего желчного протока);
- временно обесцвеченный кал — при вирусном гепатите;
- сероватый кал — при поражении поджелудочной железы;
- зеленовато-желтый кал — при поносах (билирубин не успевает восстанавливаться до биливердина);
- черный оформленный кал — при лечении препаратами висмута, железа;
- светлый кал — при молочном питании;
- зеленоватый кал — при употреблении щавеля, шпината;
- красноватый кал — при употреблении свеклы;
- кал вида «рисового отвара» — при холере;
- кал вида «горохового супа» — при брюшном тифе.

ПРИМЕСИ в кале. В норме непереваренными выделяются частицы растительной пищи (клетчатка).

- Патологические примеси пищевого происхождения обнаруживаются в кале при недостаточности желудочного и панкреатического переваривания: кусочки непереваренного мяса (креаторея), жир в значительном количестве (стеаторея) — поверхность «жирных» испражнений блестящая, консистенция мажевидная.

- Слизь в кале в норме содержится в незначительном количестве и практически не обнаруживается. Большое количество слизи — свидетельство воспалительного процесса в толстом кишечнике.

- Гной обнаруживается при язвенных процессах в нижних отделах кишечника (неспецифический язвенный колит, дизентерия, туберкулез, распад опухолей), часто смешан со слизью и кровью.

- Кровь: кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта изменяет цвет кала: из нижних отделов сохраняет алый цвет; в смеси со слизью придает калу вид «малинового желе» (при язвенном колите).

- Паразиты (аскариды, острицы, членики широкого лентеца) могут быть обнаружены в кале простым глазом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ»



Печень является единственным органом в организме человека, который способен к полному самостоятельному восстановлению.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Тема «МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

Изменения цвета мочи обусловлены как патологическими состояниями, так и многими пищевыми и лекарственными веществами, например:

- **цвет «пива» (темно-желтый)** наблюдается при паренхиматозной желтухе;
- **темный, зеленоватый цвет** наблюдается при механической желтухе, использовании ревеня;
- **темно-коричневый цвет** наблюдается при гемолитической желтухе;
- **цвет «мясных помоев» (красноватый, буроватый)** связан с появлением измененной крови в моче при остром нефрите;
- **красный цвет** является признаком свежей крови в моче (при почечной колике, инфаркте почки);
- **розовый цвет** наблюдается при употреблении в пищу свеклы, приеме аспирина;
- **оранжевый цвет** наблюдается при употреблении в пищу моркови, лечении рифампицином.

Эритроциты в норме в моче единичные — 0–1 в поле зрения.

Лейкоциты постоянно обнаруживаются в моче здоровых людей, но их количество невелико: 3–5 в поле зрения, не более 8.

Цилиндры в моче здорового человека не содержатся, лишь изредка могут встречаться гиалиновые (1–2 в препарате).

В норме **почечный эпителий** в моче отсутствует, плоский и переходной эпителии определяются в виде единичных клеток.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ

Цель: выявление признаков нарушения функций почек: выделительной и концентрационной (почечной недостаточности).

Выделительная функция почек:

- суточный диурез в норме — 850–1500 мл;
- дневной диурез преобладает над ночным в 2–3 раза;
- количество мочи в порциях колеблется в пределах от 50 до 250 мл;
- при функциональной почечной недостаточности преобладает ночной диурез (никтурия);
- нарушение суточного диуреза (полиурия, олигурия, анурия).

Концентрационная функция почек:

- относительная плотность мочи колеблется от 1005 до 1030;
- разница между цифрой максимального значения относительной плотности мочи и минимальной должны быть больше 7;
- при значительной почечной недостаточности наблюдается снижение относительной плотности мочи — 1009–1011 (гипоизостенурия).

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 1

Порция	Количество	Относительная плотность мочи	Диурез
1	100	1030	Дневной диурез (ДД) 700 мл
2	150	1020	
3	200	1016	
4	250	1020	
5	150	1018	Ночной диурез (НД) 500 мл.
6	100	1018	
7	70	1020	Суточный диурез (СД) 1200 мл
8	180	1030	

Выделительная функция почек не нарушена: суточный диурез достаточный, преобладает дневной диурез над ночным.

Концентрационная функция почек не нарушена, так как имеет высокие цифры относительной плотности мочи (1016–1030), а разница между самой высокой относительной плотностью мочи и самой низкой равна 14 — это больше цифры 7.

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 2

Порция	Количество	Относительная плотность мочи	Диурез
1	70	1011	Дневной диурез (ДД) 350 мл
2	80	1010	
3	100	1010	
4	100	1011	
5	200	1010	Ночной диурез (НД) 950 мл.
6	250	1010	
7	150	1011	Суточный диурез (СД) 1300 мл
8	350	1010	

Выделительная функция нарушена — преобладает ночной диурез.

Концентрационная функция нарушена — относительная плотность мочи низкая, колебания только в пределах цифры 1 (гипоизостенурия). Почка не

может концентрировать мочу и выделяется постоянно первичная моча — ее относительная плотность 1010 — это относительная плотность плазмы крови, из которой и образуется первичная моча.

Вывод: хроническая почечная недостаточность.

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 3

Порция	Количество	Относительная плотность мочи	Диурез
1	100	1016	Дневной диурез (ДД) 350 мл
2	70	1008	
3	80	1018	
4	100	1020	
5	400	1016	Ночной диурез (НД) 1450 мл.
6	300	1016	
7	350	1010	Суточный диурез (СД) 1800 мл
8	400	1016	

Выделительная функция нарушена, так как преобладает ночной диурез (никтурия).

Концентрационная функция не нарушена, разность относительных плотностей мочи составляет 10 (1020–1010) (это больше 7).

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 4

Порция	Количество	Относительная плотность мочи	Диурез
1	250	1035	Дневной диурез (ДД) 1300 мл
2	300	1040	
3	350	1040	
4	400	1020	
5	350	1035	Ночной диурез (НД) 1350 мл.
6	200	1035	
7	300	1040	Суточный диурез (СД) 2650 мл
8	500	1040	

Выделительная функция: отмечается полиурия и незначительное увеличение НД.

Концентрационная функция: относительная плотность мочи во всех порциях высокая (1035–1040), что характерно для глюкозурии. Разность относительных плотностей мочи 5 (1040–1035) (при норме > 7).

Вывод: можно предположить диагноз «сахарный диабет». Признаки почечной недостаточности.

Для выявления почечной недостаточности каждый студент получает анализ мочи по Зимницкому и пакет карточек к нему с ответами на все анализы мочи по Зимницкому.

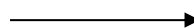
Необходимо оценить этот анализ, выбрав карточки из пакета за 5 мин и сообщить номер карточек к данному анализу преподавателю. Если ответ будет

неправильный, то студент еще раз должен изучить анализ мочи по пробе Зимницкого. В качестве примера рассмотрим следующий пример.

АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Порция	Количество	Относительная плотность мочи	Диурез
1	100	1030	Дневной диурез (ДД) 700 мл
2	150	1020	
3	200	1016	
4	250	1020	
5	150	1018	Ночной диурез (НД) 500 мл.
6	100	1018	
7	70	1020	Суточный диурез (СД) 1200 мл
8	180	1030	

Эталоны ответа:



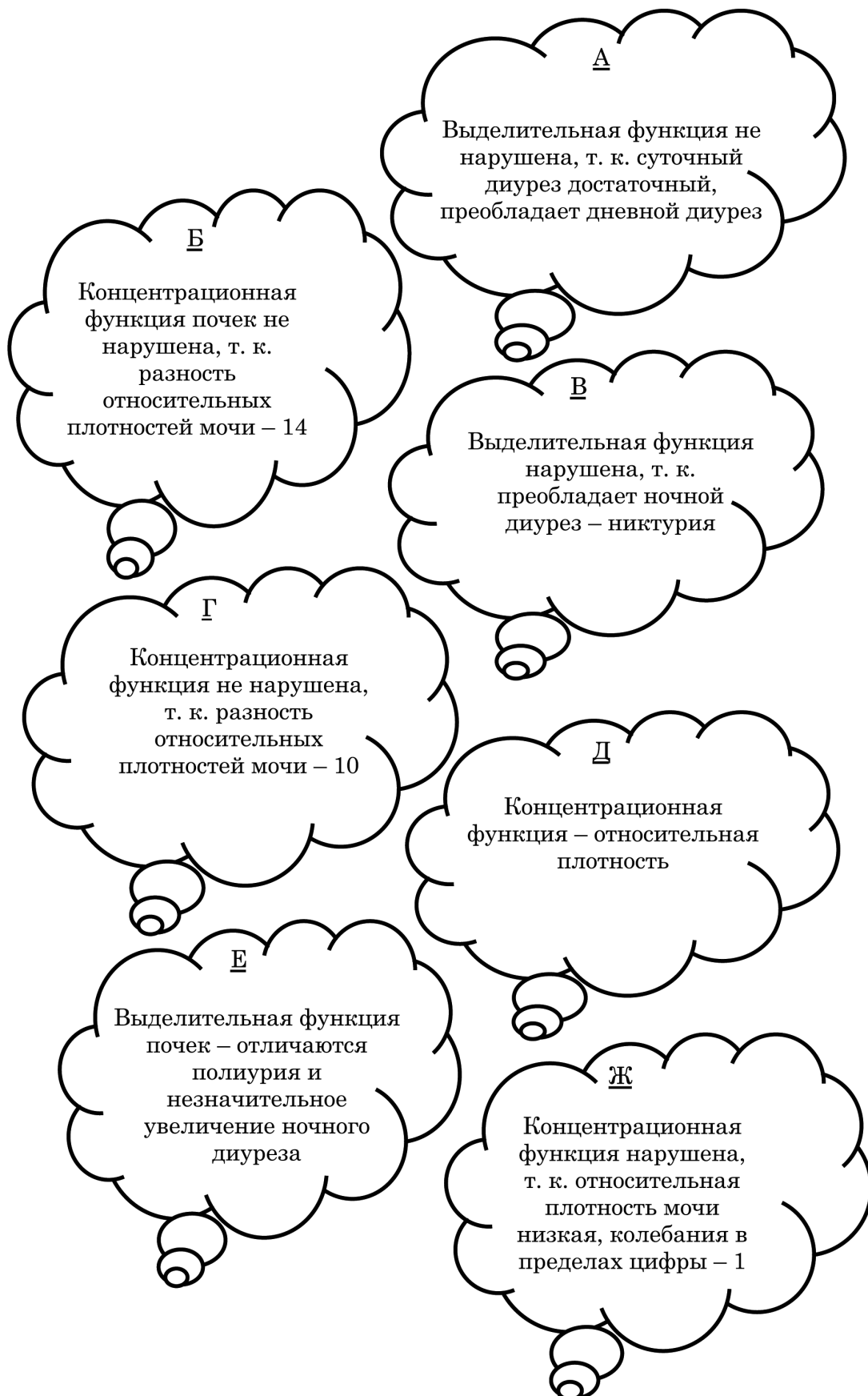
№ 1 — А, Б.

№ 2 — В, Ж.

№ 3 — В, Г.

№ 4 — Е, Д.

ПАКЕТ КАРТОЧЕК



ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Тема

«МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ, ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ»

Лейкоцитарная формула. При различных патологических состояниях выявляется уменьшение или увеличение содержания какого-либо вида лейкоцитов.

Повышение числа нейтрофилов (нейтрофилез):

- **нейтрофилез** обычно сочетается с общим лейкоцитозом и регистрируется при острых воспалениях, интоксикациях, кровотечениях;

- **резкий нейтрофилез** в сочетании с небольшим лейкоцитозом или лейкопенией — показатель тяжелой инфекции и ослабленной иммунной сопротивляемости организма;

- **при увеличении количества** молодых форм нейтрофилов говорят о «нейтрофильном сдвиге формулы влево». Ярко выраженное «омоложение» до метамиелоцитов и миелоцитов свидетельствует о тяжести инфекции;

- **малое количество** молодых форм нейтрофилов, преобладание сегментоядерных форм называется «сдвигом формулы вправо», что характерно для очень тяжелых инфекций и неблагоприятно в прогностическом отношении.

Увеличение количества базофилов (базофильный лейкоцитоз) отмечается при всех резко выраженных нейтрофильных лейкоцитозах и лейкозах.

Повышенное содержание эозинофилов (эозинофилия) — обычное явление при глистных инвазиях, аллергических заболеваниях; значительная эозинофилия бывает при миелолейкозах.

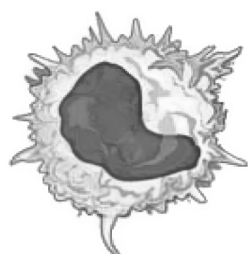
Уменьшение числа эозинофилов (эозинопения) наблюдается при инфекциях, интоксикациях как признак тяжелого состояния, появление в этих случаях в ходе болезни эозинофилов — благоприятный симптом.

Увеличение числа лимфоцитов в крови (лимфоцитоз) часто наблюдается в периоде выздоровления после инфекций и интоксикаций; при эндокринной патологии, особенно расстройствах функции щитовидной железы; при хронических инфекциях (туберкулез, сифилис); при лимфолейкозе.

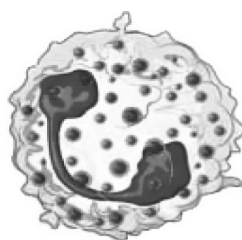
Уменьшение количества лимфоцитов (лимфопения) является неблагоприятным признаком при воспалительных, гнойных заболеваниях, тяжелых инфекциях, лимфогранулематозе, лучевой болезни.

Моноцитоз обнаруживается в периоде выздоровления при многих инфекционных заболеваниях, а также при опухолях.

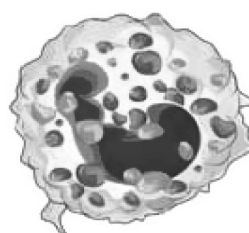
Моноцитопения характерна для тяжелых септических заболеваний, брюшного тифа.



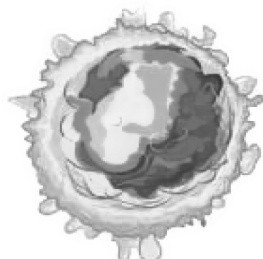
Моноциты



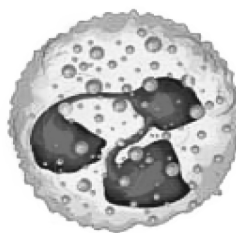
Эозинофилы



Базофилы



Лимфоциты



Нейтрофилы

ПРОБА НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ (ЛОМКОСТЬ) КАПИЛЛЯРОВ

Наиболее известна манжетная проба Румпеля — Лееде — Кончаловского (симптом жгута): на коже ладонной поверхности предплечья очерчивают круг диаметром 5 см, накладывают на плечо манжету тонометра и поддерживают в ней в течение 5 мин давление 90 мм рт. ст. Снимают манжету и еще через 5 мин подсчитывают число петехий в очередном круге. Обращают внимание на размеры кровоизлияний.

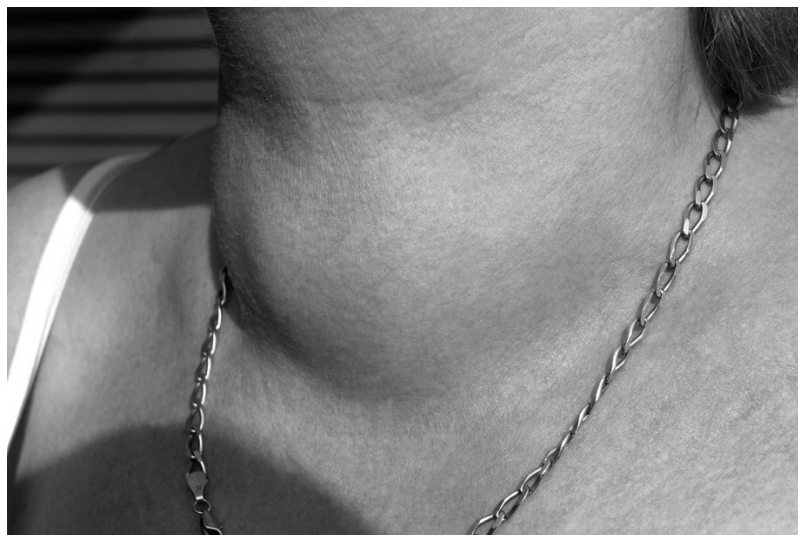
Симптом жгута определяют так же, накладывая манжету тонометра на 3 мин и удерживая в ней давление 50 мм рт. ст. Пробу считают положительной, если на коже предплечья возникает не менее одной петехии на 1 см² кожи. Соответственно, **нормой считается количество петехий меньше 1 на 1 см² кожи.**

Положительная манжетная проба наблюдается при различных васкулитах, септических состояниях.

ОСМОТР ШЕИ, ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При осмотре шеи обращают внимание на:

- форму шеи (короткая, утолщенная, отечная, деформированная);
- наличие изменений кожи;
- увеличение лимфоузлов;
- выявляют набухание вен и пульсации крупных сосудов;
- увеличение щитовидной железы.



**ТИП ПРОЕКТА:
ИГРОВОЙ**

**ДИСЦИПЛИНА:
МДК 01.01. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**АВТОР ПРОЕКТА:
УЧАЩАЯСЯ ГРУППЫ 311
АЛЕНА ИГОРЕВНА ДОРОНИНА**

Содержание этапа работы над проектом	Результат работы автора проекта
1. Проблематизация Трудность в запоминании медицинской терминологии	Освоение медицинской терминологии по дисциплине
2. Целеполагание: а) помочь себе и обучающимся в группе усвоить медицинскую терминологию дисциплины	Сформировать у обучающихся знания медицинской терминологии дисциплины
б) ожидаемый результат: я и обучающиеся в группе будут хорошо знать медицинскую терминологию дисциплины	Обучающиеся усвоят медицинскую терминологию дисциплины
в) тема проекта: «Медицинская терминология в диагностике болезней внутренних органов»	В теме проекта отражена проблема проекта
3. Планирование Задачи: а) составление обучающимся медицинского глоссария на основе лекционного материала и медицинской литературы по дисциплине	Составлен медицинский глоссарий (приложение № 7)
б) разработка игр для закрепления медицинского глоссария	Разработаны игры (приложение № 8)
в) проведение игр	
4. Реализация: у автора проекта ясность предстоящих шагов, наличие четкого плана повышают мотив к деятельности, но он не до конца уверен в своих знаниях медицинской терминологии при проведении игр	Медицинский глоссарий усвоен. Обучающийся проверил при проведении игр уровень своих знаний медицинской терминологии дисциплины
5. Рефлексия Автор проекта и обучающиеся группы усвоили медицинскую терминологию с помощью игр. Эти знания им необходимы при изучении заболеваний внутренних органов. Игровой тип проекта наиболее перспективен при изучении медицинской терминологии при подведении итогов изучения модуля	Обучающимся преодолены трудности в реализации проекта

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

1. У данного обучающегося в ходе этого проекта формируются следующие универсальные компетентности: информационная, деятельностная, коммуникативная.

2. Развиваются у данного обучающегося следующие общеучебные навыки: организационные, интеллектуальные, коммуникативные.

3. Приращения в предметных знаниях, умениях и навыках возникнут у данного обучающегося: знания медицинской терминологии необходимы для изучения заболеваний внутренних органов.

4. Данный обучающийся самостоятельно написал медицинский глоссарий и разработал игры для его усвоения.

5. Данный автор проекта обладает творческим талантом и аналитическим умом, поэтому трудности в реализации проекта у него были минимальны.

6. Преподаватель на всех этапах проекта принимал участие в форме консультаций, советов, обсуждений по запросу обучающегося.

7. Преподаватель, выстраивая взаимодействие с данным обучающимся, выполнял роль консультанта — тьютера.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ГЛОССАРИЙ

Абсцесс — полость, заполненная гноем.

Акрогидроз — повышенная потливость кистей и стоп.

Акроцианоз — цианоз отдаленных от сердца участков тела.

Анасарка — распространенные отеки.

Ангидроз — чрезмерная сухость кожи вследствие отсутствия потоотделения.

Ангиопатии — тяжелые сосудистые изменения.

Анорексия — отсутствие аппетита.

Анурия — отсутствие мочи или выделение ее за сутки до 200 мл.

Аппетит — субъективное ощущение потребности человека в приеме пищи.

Астма — внезапный приступ удушья.

Астматический статус — затянувшийся приступ удушья.

Асцит — скопление трансудата в брюшной полости.

Ацидоз — скопление в организме недоокисленных продуктов обмена.

Болезнь — реакция организма на его повреждение.

Булимия — «волчий голод», или обжорство.

Вкус — ощущение, возникающее при воздействии определенных химических веществ на рецепторы языка.

Гематемезис — кровавая рвота.

Гидроперикард — скопление трансудата в перикардиальной полости.

Гидроторакс — скопление трансудата в плевральной полости.

Гипергидроз — повышенное потоотделение.

Гипергликемия — повышение уровня глюкозы.

Гипертрихоз — избыточный рост волос.

Гипогидроз — уменьшение потоотделения.

Гипоизостенурия — низкая монотонная относительная плотность мочи.

Гирсутизм — избыточное оволосение у женщин.

Глюкозурия — наличие глюкозы в моче.

Голод — субъективное ощущение потребности человека в пище.

Дегидратация — обезвоживание.

Диагностика — распознавание заболевания.

Диарея — жидкий стул.

Дизурия — учащенное болезненное мочеиспускание.

Дисгевзия — извращение вкуса.

Диспепсия — нарушение пищеварения.

Дисфагия — поперхивание.

Диурез — выделение мочи за определенный промежуток времени.

Запор — задержка стула более 48 ч.

Изжога — ощущение жжения за грудиной или в подложечной области.

Инспираторная одышка — одышка с затрудненным вдохом.

Интоксикация — патологическое состояние, вызванное действием на организм токсических веществ, попавших в него извне (экзотоксины) или образовавшихся в самом организме (эндотоксины).

Ишемия — нарушение питания сердечной мышцы.

Ишурия — выраженная задержка мочеиспускания.

Каверна — полость в органе, образующаяся в результате распада погибших участков ткани.

Кардиалгия — боль в сердце.

Кахексия — истощение.

Кашель — сложный защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из дыхательных путей мокроты или инородных тел.

Коллапс — резкое падение артериального давления.

Копролиты — каловые камни.

Криз — резкое повышение артериального давления.

Кризис — резкое снижение температуры тела.

Кровохарканье — выделение крови или мокроты с кровью во время кашля.

Ксероз — снижение продукции кожного сала.

Легочное кровотечение — массивное кровохарканье.

Лечение — совокупность мероприятий, направленных на устранение страданий больного и восстановление его здоровья.

Лизис — постепенное снижение температуры тела.

Лихорадка — повышение температуры тела свыше 37°C.

Макрогематурия — моча цвета мясных помоев.

Метеоризм — вздутие живота.

Мелена — дегтеобразный стул.

Мокрота — патологическое отделяемое органов дыхания.

Недомогание — болезненное состояние.

Некроз — омертвление.

Никтурия — преобладание ночного диуреза.

Обморок — кратковременная потеря сознания.

Обострение — ухудшение состояния больного.

Одышка — чувство нехватки воздуха.

Ожирение — избыточное отложение жира в подкожной клетчатке.

Озноб — мышечная дрожь, сопровождающаяся ощущением зябкости, прекращением потоотделения, появлением «гусиной кожи».

Олигурия — выделение мочи за сутки до 500 мл.

Осложнение — новое, иногда более тяжелое проявление основной болезни.

Отеки — скопление транссудата в подкожной клетчатке.

Отрыжка — непроизвольное выделение из желудка в полость рта газов или небольшого количества пищи.

Пастозность — незначительная отечность подкожной клетчатки.

Патогенез — механизм развития данного заболевания.

Пиурия — гной в моче.

Полидипсия — повышенная жажда.

Полиурия — выделение мочи за сутки более 2 л.

Полифагия — повышенный аппетит.

Поллакиурия — учащенное мочеиспускание.

Похудание — снижение массы тела.

Причина болезни — патогенный фактор, вызывающий определенное заболевание и определяющий ее специфические особенности.

Прогноз — предвидение вероятного развития и исхода заболевания.

Протеинурия — наличие белка в моче.

Профилактика — предупреждение развития заболевания.

Рвота — непроизвольное извержение желудочного содержимого.

Реанимация — оживление.

Ремиссия — временное улучшение состояния больного.

Рецидив — возобновление болезни через некоторое время после выздоровления.

Семиотика — учение о симптомах болезни.

Сердцебиение — ощущение биений собственного сердца.

Синдром — совокупность симптомов с единым патогенезом.

Странгурия — затрудненное мочеиспускание.

Стрии — полосы растяжения кожи.

Торакоцентез — прокол грудной стенки и париетальной плевры полой иглой или троакаром.

Тургор — эластичность кожи.

Транссудат — жидкость невоспалительного характера.

Удушье — резкая одышка.

Уремия — мочекровие.

Уродинамика — движение мочи.

Цианоз — синюшность кожных покровов вследствие нарушения газообмена.

Шок — ответная реакция организма на сильный раздражитель.

Экзофтальм — выпячивание глазного яблока вперед.

Экспираторная одышка — одышка с затрудненным выдохом.

Экссудат — патологическая жидкость воспалительного характера.

Экстрасистола — преждевременное сокращение сердца.

Энурез — ночное недержание мочи.

Этиология — причина возникновения заболевания или патологического процесса.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ИГРЫ ДЛЯ ЗАКРЕПЛЕНИЯ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ДИСЦИПЛИНЫ МДК 01.01. ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

1. ХОДИКИ

Участникам игры раздается по 6 карт, остальные остаются в колоде, выкладывается козырная карта.

Ход игры, по часовой стрелке, начинает участник, находящийся по левую руку от рефери (преподавателя).

Участник, получивший карту, зачитывает ее, и:

- если знает на нее ответ, называет термин, карта идет в отбой, а участник продолжает ход;
- если не знает на нее ответ, принимает карту ходящего, а на кон кладет свою козырную карту, дает на нее ответ, карта идет в отбой, а участник продолжает ход;
- если не знает ответ на свою козырную карту или дает неправильный ответ, то эту карту забирает обратно, а для продолжения игры может воспользоваться картой из колоды;
- если дает правильный ответ на свою козырную карту, продолжает ход;
- если дает неправильный ответ на свою козырную карту, то принимает и эту карту, пропускает ход, игру продолжает следующий участник.

Игра заканчивается розыгрышем или профаном, у которого остаются карты, ему предлагается выучить терминологию.

2. ВЕРТУШКА «ГЛОССАРИЙ»

Термины (карты) раскладываются по секторам — разделам дисциплины, имеющим цветовое обозначение — визитку:

- система органов дыхания — синий;
- система органов кровообращения — красный;

- система органов пищеварения — зеленый;
- система органов мочевыделения — желтый;
- система желез внутренней секреции — коричневый.

В каждой колоде количество карт соответствует числу участников игры.

Проводится жеребьевка, участник, вытянувший жетон со знаком (+), начинает игру — крутит волчок — выпадает сектор, берет карту из колоды этого сектора, зачитывает текст карты, называет термин, при правильном ответе забирает карту себе, при неправильном — кладет карту обратно в колоду.

Игру продолжает следующий участник.

При опустошении сектора его визитка убирается.

Игра продолжается до полного опустошения секторов.

По окончании игры определяется победитель, у которого наибольшее количество карт и профан, у которого наименьшее количество карт, ему предлагается выучить термины.

3. КУЧА МАЛА

Все карты лежат в колоде-куче текстом вниз.

Игра проводится по часовой стрелке, начинает участник, находящийся слева от рефери (преподавателя), вытянув из кучи карту, зачитывает ее текст, дает правильный ответ, оставляет карту себе, неправильный ответ — возвращает карту в колоду-кучу, если не знает ответ, говорит «пас», на эту карту отвечает участник, первым поднявший руку, при правильном ответе на нее забирает карту себе, при неправильном — возвращает в колоду-кучу, игру продолжает следующий за ним участник.

Игра заканчивается, когда исчезнет колода-куча.

Победителем становится участник, имеющий наибольшее количество карт, проигравшим — наименьшее количество карт, ему предлагается выучить термины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Пропедевтика и частичная патология внутренних болезней : учеб. пособие. — СПб. : Спец. литература, 2013.

Гусейнов, Г. М. Пропедевтика (Основы композиции) : учеб.-метод. пособие. — 2011.

Манухин, И. Б. Пропедевтика пренатальной медицины / И. Б. Манухин, Л. В. Акуленко, М. И. Кузнецов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Лазарева, Г. Конспект лекций по пропедевтике внутренних болезней / Г. Лазарева, О. И. Чапова. — 2013.

Кобалова, Ж. Д. Пропедевтика внутренних болезней; ключевые моменты / Ж. Д. Кобалова, В. С. Моисеева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

Практикум по пропедевтике внутренних болезней : учеб. пособие / под ред. Ж. Д. Кобалавы, В. С. Моисеева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208 с.

Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней : учебник + CD / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 848 с.

Гребенев, А. Л. Пропедевтика внутренних болезней : учебник. — М. : Медицина, 2005. — 592 с.

Ослопов, В. Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике : учеб. пособие / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.

Фомина, И. Г. Внутренние болезни : учеб. пособие. — М. : Медицина, 2008. — 720 с.

Смирнов, А. Н. Симптомы и синдромы: краткий словарь-справочник. — М. : Практическая медицина, 2010. — 269 с.

Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии : учеб. пособие / под ред. Л. И. Дворецкого. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 336 с.

Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией : руководство / под ред. В. С. Моисеева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 832 с.

Внутренние болезни. 333 тестовые задачи и комментарии к ним : учеб. пособие. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

100 клинических разборов. Внутренние болезни : учеб. пособие / пер. с англ. под ред. Ж. Д. Кобалавы. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 320 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Пояснительная записка	3
Введение.....	6
Практическое занятие № 1	7
Тема «Методика диагностики заболеваний органов дыхания».....	7
Практическое занятие № 2.....	17
Тема «Методика диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы»	17
Практическое занятие № 3.....	27
Тема «Диагностика заболеваний пищеварительной системы»	27
Практическое занятие № 4.....	37
Тема «Диагностика заболеваний гепатобилиарной системы»	37
Практическое занятие № 5.....	45
Тема «Методика диагностики заболеваний мочевыделительной системы»	45
Практическое занятие № 6.....	53
Тема 1 «Методика диагностики заболеваний органов системы кроветворения, эндокринной системы».....	53
Тема 2 «Методика диагностики заболеваний эндокринной системы»	61
Практические занятия № 7–9	68
Манипуляционный лист учебной практики	68
Приложения	71
Приложение 1	72
Тема «Методика диагностики заболеваний органов дыхания»	72
Приложение 2	77
Тема «Методика диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы»	77
Приложение 3	81
Тема «Методика диагностики заболеваний пищеварительной системы»	81
Приложение 4	84
Тема «Методика диагностики заболеваний гепатобилиарной системы»	84
Приложение 5	85
Тема «Методика диагностики заболеваний мочевыделительной системы»	85
Приложение 6	90
Тема «Методика диагностики заболеваний органов системы кроветворения, эндокринной системы»	90
Приложение 7	95
Приложение 8	98
Список использованной литературы	100

*Любовь Филипповна АБРОСИМОВА,
Татьяна Юрьевна ЗАРЕЧНЕВА*
**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
ПРАКТИКУМ**

Учебное пособие

Издание третье, стереотипное

Зав. редакцией литературы по медицине, спорту и туризму
В. М. Таравская

ЛР № 065466 от 21.10.97
Гигиенический сертификат 78.01.10.953.П.1028
от 14.04.2016 г., выдан ЦГСЭН в СПб
Издательство «ЛАНЬ»
lan@lanbook.ru; www.lanbook.com
196105, Санкт-Петербург, пр. Ю. Гагарина, д. 1, лит. А.
Тел./факс: (812) 336-25-09, 412-92-72.
Бесплатный звонок по России: 8-800-700-40-71

Подписано в печать 06.03.23.
Бумага офсетная. Гарнитура Школьная. Формат 60×90¹/₈.
Печать офсетная/цифровая. Усл. п. л. 13,00. Тираж 80 экз.

Заказ № 404-23.

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленного оригинал-макета
в АО «Т8 Издательские Технологии».
109316, г. Москва, Волгоградский пр., д. 42, к. 5.